

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice SAPET

Né le 27 février 1894, à Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

LES TUMEURS MIXTES

DES

GLANDES SALIVAIRES DU PALAIS

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice SAPET

Né le 27 février 1894, à Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Professeur à l'Ecole Odontotechnique de Paris

Chevalier de la Légion d'honneur

LES TUMEURS MIXTES

DES

GLANDES SALIVAIRES DU PALAIS

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N..
	HASARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obs étrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS.... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSEI.	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Enlevés trop tôt à ma tendresse.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUS MES AMIS

In memoriam

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES GRANDCLAUDE

Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Lille
Chevalier de la Légion d'honneur

Mon ami cher et regretté dont la chaleureuse affection et les encouragements précieux m'ont permis de renouer un cycle d'études prématurément interrompu.

MONSIEUR LUCIEN DELHAYE

Professeur à l'Ecole Lavoisier

Souvenir reconnaissant.

MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERT BOULAND

MONSIEUR LE DOCTEUR A. SIFFRE

Directeur honoraire de l'Ecole Odontotechnique
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND LEMAITRE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de la Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Commandeur de la Légion d'honneur

*En témoignage de mon profond respect et
de ma vive gratitude pour le grand honneur
qu'il m'a fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BLOCH

Chef de Service de Laryngologie à l'Hôpital Laennec
Officier de la Légion d'honneur

En vive reconnaissance pour son enseignement et la place bienveillante qu'il m'a réservée dans son service pendant mes années d'externat. Qu'il soit assuré de mon entier dévouement.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOURE

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

Témoignage de reconnaissance et de respectueux attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. SÉNÈQUE

Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur.

Maître aussi dévoué qu'ami fidèle. Hommage d'amitié sincère.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. LARDENNOIS

Chirurgien de l'Hôpital Laennec
Commandeur de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR B. CUNÉO
MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT
MONSIEUR LE DOCTEUR DARRÉ

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOURE
MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BLOCH
MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOREAU

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MES MAÎTRES EN MÉDECINE LÉGALE ET EN PSYCHIATRIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BALTHAZARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE
MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS PIEDELIÈVRE, LÉVY-
VALENSI, DUVOIR
MESSIEURS LES DOCTEURS DESOILLE, HAUSER, CELLIER,
KOHN-ABREST

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR C. HUET

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

MESSEIERS LES DOCTEURS A. ROSSERT ET TRUFFERT

Anciens chefs de Clinique Oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR G. ARDOIN

Chef de laboratoire à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES DELARUE

Médecin-adjoint de l'Institut du Cancer

*Sentiments de profonde gratitude pour les
conseils précieux et l'aide qu'ils m'ont généreu-
sement accordés dans l'élaboration de ce tra-
vail.*

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN PATEL

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR R. BONNARD

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine

*En reconnaissance de leur bel enseigne-
ment et de la bienveillante sympathie qu'ils
m'ont toujours témoignée.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR E. RABAUD

Professeur à la Faculté des Sciences de Paris
Officier de la Légion d'honneur

Fidèle souvenir.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE ROLLAND

Ancien chef de Laboratoire à la Faculté de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUSSEAU-RECELLE

Stomatologiste honoraire des Hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE MÉDECIN COLONEL BERCHER

Médecin-chef du Val-de-Grâce
Officier de la Légion d'honneur

A MM. LES DOCTEURS :

ANDRÉ SICARD, Chirurgien des Hôpitaux

MARCEL DARCISSAC, Stomatologiste des Hôpitaux

PAUL ABOULKER, LEMOINE, LARROQUE, ILL, CAL-
MANAS, CHASTANG, E. DOUAY, BROUTMAN,
CAUSSÉ.

A MES AMIS, CAMARADES D'ÉTUDES,
EXTERNES, INTERNES ET CONFÉRENCIERS

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. FRISON

Directeur de l'Ecole odontotechnique de Paris
Officier de la Légion d'honneur

Sentiments dévoués et amicaux,

A MES COLLÈGUES
PROFESSEURS A L'ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE .

LES TUMEURS MIXTES

DES GLANDES SALIVAIRES DU PALAIS

INTRODUCTION

Les tumeurs dites « mixtes » que l'on observe au palais sont en tous points semblables à celles que l'on peut rencontrer au niveau de toute cellule salivaire ; que ces cellules se groupent en amas importants, à la hauteur des glandes salivaires (parotide, sous-maxillaire), ou qu'elles restent isolées, éparses dans toute la muqueuse buccale (lèvres, joues, plancher de la bouche).

Toutes ces néoformations sont histologiquement semblables. Elles ont donné lieu aux mêmes discussions pathogéniques. Nombreuses, en effet, ont été les théories qui ont cherché à expliquer l'origine des divers tissus qu'elles renferment ordinairement.

Ces théories ont trouvé, les unes comme les autres, des partisans enthousiastes et des détracteurs acharnés.

Si maintenant, la presque totalité des auteurs, en France comme à l'étranger, reconnaît à ces tumeurs mixtes une origine épithéliale, il faut savoir que certains croient à leur nature congénitale, embryonnaire et que d'autres enfin, en particulier des auteurs de culture allemande, restent fidèles à la théorie de VOLKMANN en les dénommant encore actuellement endothéliome.

En dehors de ces discussions doctrinales, l'étude de ces tumeurs soulève quelques problèmes intéressants : leur diagnostic et surtout leur traitement.

C'est plus souvent le stomatologiste que le laryngologiste, qui les observe en premier lieu.

Si, d'une part, leur diagnostic n'offre en général que peu de difficultés il existe des cas où des erreurs ont été commises, comme nous le verrons au cours d'observations présentées. D'autre part, un problème actuel thérapeutique se pose et auquel on n'a pas encore pu apporter une solution définitive.

Cliniquement elles présentent, dans la majorité des cas, quelques caractères qui les différencient des autres néoformations trouvées dans le palais : leur évolution est bénigne, elles sont à limites nettes, de volume variable, bien encapsulées, facilement énucléables.

Leur traitement est essentiellement chirurgical, soit au bistouri, soit à l'aide du couteau diathermique.

Les récidives sont rares, si l'exérèse a été totale, elles sont plus fréquentes si cette dernière n'a pu être faite qu'incomplètement, par suite d'adhérences aux tissus voisins ou d'extension trop étendue.

Les récidives peuvent reproduire les caractères histologiques de la première tumeur ou prendre les caractères de malignité et évoluer alors comme de véritables épithéliomas.

On n'observe pas de métastase ni de réaction ganglionnaire.

Les cliniciens, donc, sont d'accord pour considérer les tumeurs mixtes typiques des glandes salivaires comme des néoformations d'évolution bénigne.

Les anatomo-pathologistes modernes, à la suite d'études très sérieuses, les considèrent comme des épithéliomas des parenchyms glandulaires doués d'un potentiel de malignité variable, le plus souvent à la vérité très faible. Cependant la nature épithéliale de ces tumeurs doit à leurs yeux obliger à faire toujours des réserves quant à leur évolution ou leur transformation au cours de récidives.

Ils ont fait partager leurs craintes à certains opérateurs qui ont alors modifié leur thérapeutique, les uns s'adressant uniquement aux agents physiques (radio ou radiumthérapie), les autres associant ceux-ci à la chirurgie.

Nous nous proposons de préciser ces indications thérapeutiques dans ce travail que nous avons divisé en plusieurs chapitres, que nous développerons successivement :

- 1^o Définition ;
- 2^o Historique ;
- 3^o Etiologie ;
- 4^o Anatomie pathologique ;
- 5^o Pathogénie ;
- 6^o Etude clinique ;
- 7^o Traitement.

Nous terminerons par la relation de quelques observations inédites dues au Professeur LEMAÎTRE et à Messieurs HUET, ROSSERT et TRUFFERT que nous tenons à remercier bien vivement. Nous les faisons suivre d'autres observations françaises et étrangères prises dans la littérature médicale. Nous y avons puisé des enseignements précieux.

Enfin une bibliographie des travaux consultés complète cet exposé.

I

DÉFINITION

L'étude de ces tumeurs a été longtemps confuse à cause, non seulement de la variété des tissus qu'elles contiennent, mais surtout de la multiplicité des termes servant à les désigner. HOWARTH dit « qu'il est souvent difficile de se rendre compte si l'on étudie une variété tout à fait nouvelle, ou plutôt une tumeur réellement mixte étiquetée sous un autre nom ».

La dénomination de « tumeurs mixtes » n'est nullement satisfaisante, car elle ne projette aucune lumière sur l'origine de ces tumeurs, tant pour la parotide que pour le palais, car cliniquement aussi bien qu'histologiquement, elles présentent les mêmes caractéristiques. La plupart des auteurs reconnaissent ce fait.

La caractéristique de ces tumeurs est la répartition apparemment irrégulière des tissus qui la composent. Pour MENETRIER et PEYRON, cette dénomination de tumeurs mixtes est défectueuse, car elle tend à établir avec les divers groupes de tumeurs à tissus multiples (ovaires, testicules, coccyx) des analogies nullement justifiées.

Pour démontrer la confusion qui règne dans la terminologie des tumeurs mixtes, nous ne pourrons mieux faire que de citer les noms les plus variés sous lesquels ces tumeurs ont été désignées en France et à l'étranger. Comme le font remarquer LEROUX et ses collaborateurs, les tumeurs

mixtes des glandes salivaires sont interprétées différemment suivant les auteurs, et par suite avec une terminologie différente. Et cela indépendamment de ce que certains auteurs les aient considérés comme des sarcomes ou des cancers vrais ou des endothéliomes suivant leur conception.

C'est ainsi qu'on trouve dans la littérature les dénominations suivantes pour ces tumeurs mixtes :

Tumeurs à cartilage tubulé (MECKEL), *chondrome muqueux proliféré* (BÖTTCHER), *sarcome tubulaire* (FRIEDREICH), *cancroïde muqueux* (FÖRSTER), *tumeur tubulaire cancéreuse* (TOMMASI), *cancroïde à dégénérescence hyaline* (KÖSTER), *épithéliome alvéolaire* (MALASSEZ), *myxo-chondro-endothéliome* (ROCHA SANTES), *épithélioma à stroma variable* (MALHERBE), *endothéliome* (VOLKMANN), *myxo-sarcome* (RECKLINGHAUSEN, KOCHER), *sarcome plexiforme ou angiosarcome* (V. EWETZKY, BARTH), *chondromyxome endothélial* (V. OHLEN), *carcinoma cylindromatosum* (LOWENBACH), *myxochondrosarcome* (KAUFMANN), *endothéliome intravasculaire hyalogène* (FRANKE), *épithéliome sécrétant* (BÖTTNER), *myxoendothéliome* (HOWARTH), *tératome* (JANKOWSKI), *elasto-endothéliome* (FISCHER), *adénomyxome* (DIETRICH).

Jusqu'ici, écrit HOEPFEL, aucune dénomination uniforme ne s'est implantée, quoique la plupart des auteurs emploient plus communément le terme de « tumeurs mixtes », malgré les critiques faites.

Lui aussi accepte ce terme, mais il précise qu'en plus il fait y entrer le groupe des *cylindromes* tandis qu'en général on veut en faire une variété particulière. « On n'a pas, dit-il, démontré la différence nette qu'il existe entre le cylindre et la tumeur mixte et les distinctions que certains ont apportées n'ont pas été maintenues ».

Du reste, actuellement, l'école française tend à inclure le cylindre dans les tumeurs mixtes, le considérant comme une forme évolutive. Nous nous expliquerons sur cette question au chapitre de l'histologie.

Toutes ces divergences dans la désignation de ces tumeurs tiennent au fait que les avis sont partagés sur leur origine, certains les font dériver des glandes salivaires elles-mêmes, tandis que d'autres les rattachent à des hétérotopies, ou à des malformations de la région cervicale.

Enfin, LEROUX et ses collaborateurs essayent d'implanter maintenant dans l'esprit des cliniciens le vocable d' « épithélioma ».

Nous ne pensons pas que pour l'heure, ils y parviennent complètement car pour ceux-ci, ce terme d'épithélioma est richement évocateur de tout un tableau clinique et évolutif très particulier, propre au cancer, et qui ne ressemble en rien à l'aspect des néoformations que nous étudions ici.

Aussi, malgré toutes ces imperfections et ces imprécisions, c'est encore à ce terme de « tumeur mixte des glandes salivaires » que nous nous rallierons.

HISTORIQUE

D'après EGGERS, c'est en 1856, que fut publié le premier cas de tumeur mixte du palais, cependant, déjà NÉLATON, en 1817, avait reconnu l'origine glandulaire de ces tumeurs. Relevons d'après J. NESPOULOUS, qu'en 1852, paraissent successivement les communications de MICHON, LEBERT, DEBOUT, PARMENTIER, ROYER ; puis RICHARD, en 1856, discute l'origine de ces tumeurs. En 1867, VIRCHOW émet la théorie endothéliale. PÉAN, en 1876, les classe en trois variétés. FONNEGRA, soutient la théorie épithélio-glandulaire, PAGET, en 1886, assimile les tumeurs mixtes des glandes salivaires du palais à celles des glandes salivaires principales.

Puis, vient ensuite l'exposé des diverses théories embryonnaires, et finalement celle de la théorie épithéliale. Elles occupent toutes de nombreuses publications.

Au début, on ne s'occupe uniquement que des tumeurs mixtes des glandes salivaires, surtout de la parotide ; HEINCKE, en 1913, publie une étude d'ensemble recueillant dans la littérature 360 cas.

Mac FARLAND, en 1926, y ajoute 90 cas nouveaux, FRY, en 1927, 25 autres cas, avec une étude histologique très détaillée.

En 1914, STURGIS, réunit 14 cas de tumeurs mixtes du voile du palais, EGGERS, puis OMAKA, en 1928, groupent tous les cas publiés concernant aussi bien la voûte que le voile

du palais. Enfin SONNENSCHN, en 1930, en rassemble 50 cas se rapportant au voile, HOWARTH, en 1937, mentionne que dans la littérature plus de 150 cas ont été publiés jusqu'à cette date.

En même temps que ces travaux d'ensemble, paraissent diverses études s'attachant particulièrement à l'histologie et à la pathogénie de ces tumeurs, en particulier celle de HOEPFEL en 1936. HILL, en 1938, en trace un bref aperçu.

L'histopathogénie, et l'origine des tumeurs mixtes, a été récemment étudiée par Mac FARLAND, FAY, EGGERS, EWING. Leurs conclusions ont été résumées dans deux publications importantes.

La première de SONNENSCHN, en 1930, traitant des tumeurs mixtes du voile du palais, envisage le problème d'une manière générale, et passe en revue le plus grand nombre des cas publiés jusqu'à cette date.

La seconde en 1931, de NEW et CHILDREY, résume une communication des plus intéressantes sur l'« Adénocarcinome du type des tumeurs mixtes » basée sur une étude de 74 cas.

Dans un travail publié en 1936, GOLDSMITH et IRELAND s'intéressent surtout à leur traitement.

Les auteurs français se sont également occupés de la question et en particulier de l'histogénèse de ces tumeurs ; parmi ceux-ci il faut mentionner CUNÉO et VEAU, FORGUES et MASSABUAU, MASSON, MENETRIER et PEYRON et plus récemment LEROUX et son école.

Les tumeurs mixtes des glandes salivaires ont inspiré de nombreux travaux entre autres les thèses françaises de OTT (1880), FONNEGRA (1883), VOYER (1889), PITANCE (1897) et tout dernièrement J. NESPOULOUS (1938).

III

ÉTIOLOGIE

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE ET RACIALE

La plupart des auteurs semblent n'avoir pas relevé une prédisposition particulière dans l'apparition de ces tumeurs suivant les pays et les races. Cependant dans un travail récent FRANSSEN écrit : « ce qui est remarquable c'est que ces tumeurs paraissent être trouvées plus fréquemment aux Indes Néerlandaises qu'en Europe ». En outre, ce même auteur mentionne une plus grande fréquence chez les indigènes de ces pays que chez les Européens. DAVIS a fait la même remarque en Chine. Il a recueilli plusieurs observations chez les indigènes et aucune chez les Européens.

SEXE

On rencontre les tumeurs mixtes chez les deux sexes avec une fréquence égale, mais avec peut-être une légère prédominance chez la femme.

ÂGE

Ces tumeurs peuvent apparaître à tout âge ; en parcourant les observations, on relève qu'elles ont été décrites aussi bien dans le premier âge que chez le vieillard, entre 3 mois (WAGNER) et 73 ans (PAILLET), 86 ans (L'HIRONDEL).

Toutefois on les observe plus fréquemment entre 20 et 40 ans ; pour HILL, elles ont été surtout observées au cours de la quatrième décade. Cependant, il faut remarquer que la date d'apparition est rarement fixée d'une manière précise, étant donné que la tumeur peut exister depuis des années sans présenter de symptômes et être découverte au cours d'un examen fortuit. Aussi on peut admettre que souvent la tumeur existe depuis longtemps, qu'elle s'accroît lentement et qu'elle n'attire l'attention du sujet que tardivement.

SIÈGE

La majorité des auteurs signalent que ces tumeurs ne s'insèrent pas sur la ligne médiane du palais, NESPOULOUS, écrit qu'elles sont strictement latéralisées. Par extension, elles peuvent déborder la ligne médiane, mais à un examen plus précis, on trouve alors que l'implantation est sur un des côtés.

Elles peuvent déborder et s'étendre sur le pilier antérieur correspondant, occuper la face pharyngienne du voile, s'insinuer entre les piliers, s'étendre jusqu'au rebord gingival. Dans d'autres cas, ces tumeurs exceptionnellement peuvent se localiser à la luette (JANKOWSKI).

Enfin le plus souvent elles occupent le voile et plus rarement prennent leur insertion sur la voûte osseuse.

FRÉQUENCE.

Il y a lieu de l'envisager par rapport :

- 1° Aux autres néoformations siégeant au palais ;
- 2° Aux autres tumeurs mixtes salivaires.

1° *Par rapport aux autres néoformations palatines.*

KOCH trouve, par ordre de fréquence, parmi 55 tumeurs de toute nature du palais recueillies jusqu'en 1927, d'abord

les tumeurs malignes, puis les tumeurs mixtes et enfin les papillomes. HOWARTH et PATEY, prétendent au contraire que ce sont les tumeurs mixtes qui sont les plus fréquentes.

2° Par rapport aux autres tumeurs mixtes salivaires.

Sur 29 cas observés, THIBAudeau, BURKE, ont noté que 6 siégeaient sur le voile ou le palais osseux.

NEW et CHILDREY, sur 74 cas de tumeurs mixtes de la région bucco-faciale observés à la clinique Mayo, ont relevé entre 1917 et 1930, 39 cas (c'est-à-dire 56 %) localisés au palais, CHEN et LINCKS, sur 45 cas en trouvent 8 sur le palais.

PATEY publie une statistique des cas observés par lui de 1919 à 1929, relative à la localisation de ces tumeurs.

Il trouve :

Parotide.....	38 cas
Sous-maxillaire.....	6 —
Palais.....	5 —

D'après la statistique des hôpitaux de CLEVELAND, faite du 1^{er} janvier 1921 au 1^{er} janvier 1935, DRIVER trouve 24 cas de tumeurs mixtes de la parotide, 7 de la glande sous-maxillaire, 1 du voile du palais, 1 de la fosse nasale, et 1 du palais osseux.

A propos de la fréquence de ces tumeurs mixtes du palais, EGGERS en remontant jusqu'en 1856 rapporte, en 1928, une statistique comprenant plus de 100 cas dont 92 accompagnés d'un contrôle histologique.

DRIVER par la suite retrouve encore 107 cas, ce qui porte le total à 199 cas relevés dans la littérature, Ce qui indique que quoique relativement rares, ces tumeurs sont loin d'être exceptionnelles.

Tous les auteurs sont muets en ce qui concerne un traumatisme ou une irritation chronique quelconque (tabac, prothèse dentaire, mauvaise dentition) comme causes occasionnelles de ces tumeurs.

IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ASPECT MACROSCOPIQUE.

Ces tumeurs sont nettement limitées, entourées d'une capsule conjonctive (quoique HOLMGREN soutienne qu'elles ne soient pas encapsulées).

En général elles sont isolées, sessiles, recouvertes d'une muqueuse lisse normale, non ulcérée.

Leur *consistance* est variable, elle dépend du type de tissu prédominant.

Leur *forme* est le plus souvent sphérique ou ovoïde, cependant elle peut être extensive, envahir les tissus voisins et contracter avec eux des adhérences plus ou moins serrées.

Leur *volume* est également variable, allant de celui d'une olive à celui d'une petite pomme, d'une mandarine, pouvant même atteindre celui d'une grosse orange.

A la coupe, elles présentent une structure nettement lobulée. Elles sont constituées de parties solides, fibreuses, quelquefois même cartilagineuses, crissant sous le couteau, alternant avec des parties molles et friables. Par place, apparaissent des plaques chondroïdes mal limitées.

On trouve souvent des kystes de ramollissement (pseudo-kystes remplis d'une substance gélatineuse). Le sang, s'il existe, est toujours en petite quantité.

Lorsqu'on les sectionne il s'échappe un suc d'abondance variable.

HISTOLOGIE.

Dans les tumeurs mixtes on rencontre plus habituellement du cartilage, du tissu muqueux, du tissu fibreux, de



FIG. 1. — Tumeur mixte typique.
(forme acino canaliculaire à cellules basophiles).

(A) Cavités glandulaires.
(B) Plages d'aspect chondroïde s'infiltrant entre les travées épithéliales (C).

(Collection Prof. Lemaître, Microphoto Ardoin.)

l'épithélium glandulaire et de l'épithélium pavimenteux. Plus rarement on a signalé la présence des tissus musculaire, osseux, lymphoïde.

EGGERS examine du point de vue histologique 92 tumeurs mixtes du voile et 183 de la parotide et de sous-maxillaire : de sa statistique il ressort que dans 42 % des cas c'est le cartilage qui domine et dans 30 % l'épithélium.

Malgré qu'il existe toutes les formes de transition dans la composition complexe de ces tumeurs, EWING a tenté d'en établir une classification de la manière suivante :

- 1° myxo-chondro-sarcome ;
- 2° carcinome à cellules cylindriques avec stroma hyalin ;
- 3° adéno-cysto-épithéliome.

Cette classification n'a pas été retenue et actuellement les auteurs adoptent plus facilement celle proposée par LEROUX, DILLANGE, LEROUX-ROBERT.

Ils basent cette classification sur la prédominance d'un type cellulaire déterminé ; de plus, ils envisagent le rapport possible entre le type épithélial dominant et la structure du stroma interstitiel. Ce rapport pourra déterminer dans une certaine mesure le degré de malignité de chacune des formes anatomo-pathologiques décrites et préciser les indications thérapeutiques.

Ces auteurs envisagent successivement :

- 1° les différentes formes d'éléments épithéliaux ;
- 2° la structure du stroma interstitiel ;
- 3° la répartition de ces divers éléments dans les tumeurs jeunes puis dans les tumeurs plus anciennes.

1° ÉLÉMENTS ÉPITHÉLIAUX.

Ils se ramènent à 4 types.

a) *Les cellules cylindro-cubiques éosinophiles*, formées d'un gros noyau pâle entouré d'un protoplasma abondant. Elles

rappellent de très près le caractère des cellules formant le revêtement interne des canaux excréteurs intra-lobulaires de la glande normale.

b) *Cellules cylindro-cubiques basophiles*, qui par leurs

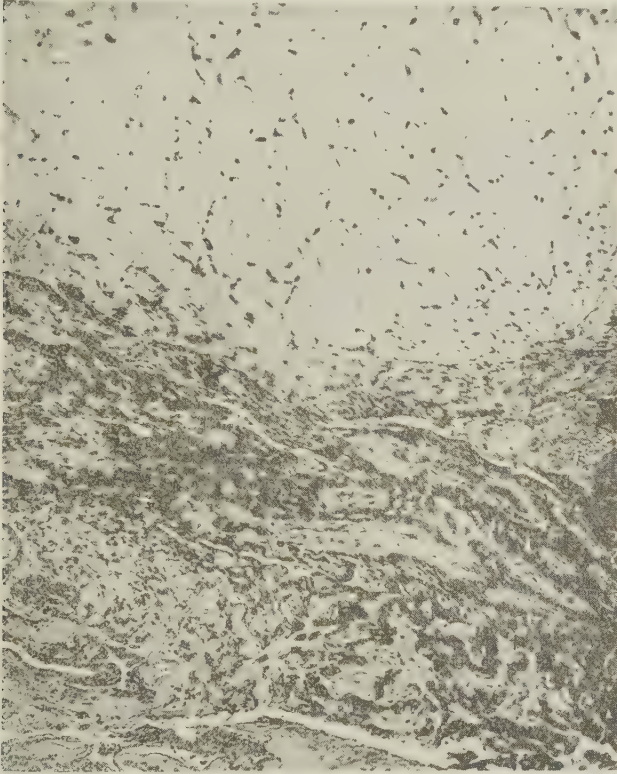


FIG. 2. — Tumeur mixte.

En bas, amas cellulaires et dispositions pseudo-cylindromateuse.

En haut, homogénéisation du tissu de soutien.

(Collection Prof. Lemaitre. Microphoto Ardoin.)

G = 120 ×

caractères morphologiques ressemblent aux cellules de l'assise externe des acini glandulaires normaux et aux cellules formant le revêtement des canaux excréteurs extra-lobulaires.

c) *Cellules cylindro-cubiques claires*, rappelant tout à fait les éléments constitutants de certains épithéliomas du rein dits « à cellules claires ».

d) *Petites cellules foncées*, de très petite taille, allongées, fusiformes, étoilées ou arrondies, très fortement basophiles. LEROUX et ses collaborateurs les considèrent comme un des premiers stades de la destruction des éléments basophiles cylindro-cubiques.

2° STROMA INTERSTITIEL.

Sous ce terme les auteurs comprennent toutes les substances entourant ou dissociant les cellules épithéliales précédemment décrites.

Ce stroma interstitiel peut se ramener aux différents aspects suivants :

- 1° Tissu fibro blastique simple normalement vascularisé ;
- 2° Tissu conjonctif riche en collagène formant un stroma fibrillaire plus ou moins lâche, pauvre en vaisseaux ;
- 3° Homogénéisation complète, formant avec les éléments épithéliaux, différents aspects :

- a) aspect cylindromateux ;
- b) aspect endothéliforme ;
- c) aspect myxoïde (disposition comparée à celle du cartilage jeune non différencié) ;
- d) aspect pseudo-cartilagineux (dispersion de petits éléments foncés, plus ou moins arrondis ou séparés du stroma par un espace clair donnant l'apparence d'une capsule.

3° RÉPARTITION DES DIVERS ÉLÉMENTS.

- a) Dans les *tumeurs jeunes* et surtout dans les zones périphériques de la tumeur, sièges d'activité prolifératrice.

Il y a prédominance nette du tissu épithélial qui se présente :

- tantôt en formation canaliculaires tubuleuses ou acineuses ;
- tantôt sous forme de bourgeons ou de travées au sein

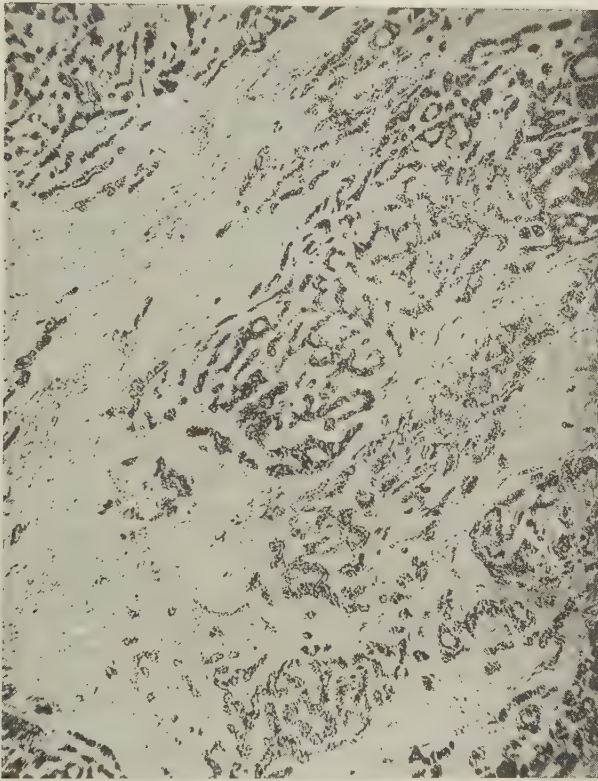


FIG. 3. — Éléments épithéliaux en voie de dégénérescence et remaniement.

(Collection Prof. Lemaître. Microphoto Ardoin.

G = 210 ×

desquels, certaines cellules subissent la maturation épidermoïde avec formation de globes cornés ;

- enfin, en disposition glanduliforme avec présence de

cavités emplies d'un liquide muqueux fortement colorable par l'éosine.

Le tissu conjonctif n'a pas de caractère particulier, il est semblable au stroma de soutien qu'on rencontre dans toute tumeur autre épithéliale.

b) Dans les *tumeurs plus anciennes* et surtout dans les parties centrales de la tumeur.

Le stroma est prépondérant et affecte les divers types vus plus haut.

Le tissu épithélial est clairsemé, réduit à quelques travées ou des îlots noyés au milieu du stroma.

Les lignes de démarcation entre les deux peuvent être nettes ou au contraire imprécises ; dans ce dernier cas, les cellules périphériques des amas épithéliaux prennent une forme étoilée, s'isolent les unes des autres et se perdent dans une substance mucicarminophile ou chondroïde.

Cylindromes. — Il est impossible dans ce travail de les passer sous silence, d'autant que l'école française actuelle tend à les intégrer, en partie au moins, dans l'étude des tumeurs mixtes, les considérant comme un aspect évolutif, un peu différent, de ces dernières. En effet, dans presque toutes les tumeurs mixtes, on trouve par place, des plages d'étendue variable, d'aspect cylindromateux. Ces plages peuvent être importantes, au point d'apparaître à l'état de pureté dans les préparations, réalisant alors la forme pure du cylindre.

Cette évolution a sa répercussion clinique, en ce sens qu'au fur et à mesure que la disposition cylindromateuse augmente d'intensité, l'allure clinique change d'aspect et s'oriente plus facilement vers la malignité. La tumeur est moins bien limitée, son évolution peut être plus rapide, avec des extensions et des pénétrations dans les tissus environnants, les récidives en série sont presque la règle.

Comme dans les tumeurs mixtes typiques, il y a absence habituelle d'envahissement ganglionnaire et de métastase.

Du reste, Yves LEMAÎTRE, dans la thèse (Paris, 1936) qu'il

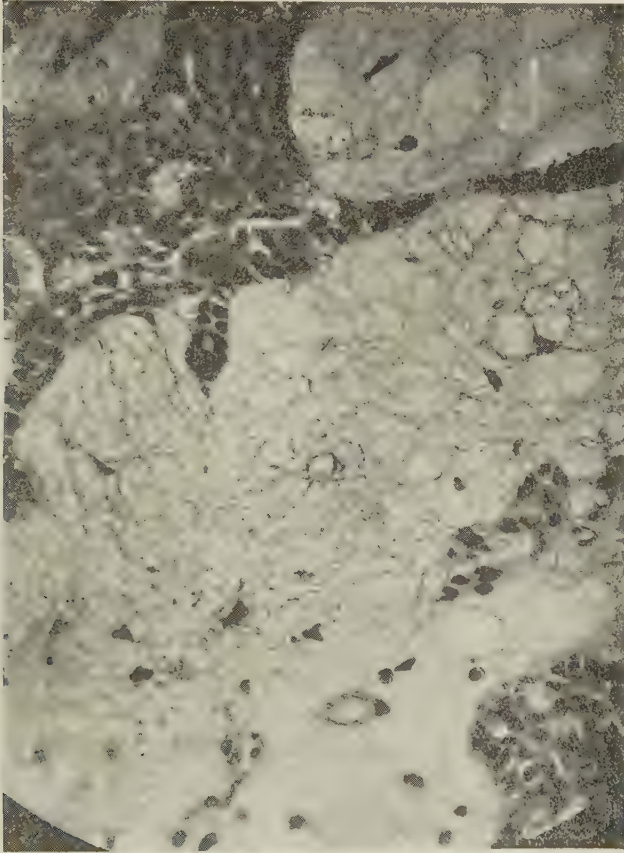


FIG. 4. — Substance muco-hyaline amorphe et amas de cellules basophiles.

(Collection Prof. Lemaître. Microphoto Ardoin.)

G = 1.400 ×

consacre aux cylindromes, établit, dans son exposé clinique, un parallèle entre les cylindromes du palais et les tumeurs mixtes de la même région et signale les traits

communs et les caractères distinctifs de ces deux variétés de processus tumoraux.

Cet auteur décrit l'aspect histologique des cylindromes caractérisé par la présence :

1° d'amas cellulaires de formes variées, lobulés par un stroma conjonctif fibreux avec ou sans dégénérescence hyaline ;

2° de productions transparentes, constituées de substance mucoïde ou hyaline.

Ces divers éléments peuvent se combiner de différentes façons.

Comme on le voit ces descriptions histologiques s'apparentent très étroitement à celles des tumeurs mixtes. Il ne s'agit, en l'espèce, comme nous le disions plus haut, que d'une tendance évolutive. Au demeurant, Yves LEMAITRE note que la localisation au niveau du palais de ces cylindromes représente, de loin, la plus fréquemment rencontrée au niveau des voies digestives.

Il note, également, très judicieusement dans ces conclusions que : « Ce terme de cylindrome créé par BILLROTH en 1859, et consacré par l'usage, devrait être rayé de la nomenclature tumorale, puisqu'il ne répond à aucune entité nosologique précise. Par contre la notion d'*évolution cylindromateuse*, de cylindromatisation de certains processus tumoraux doit être conservée, car elle confère à ces derniers des caractères familiaux dont l'importance justifie leur classement dans un même groupe ».

HOEPFEL soutient la même opinion et décrit ainsi l'aspect histologique de ces néoformations :

« On trouve des cavités tapissées d'épithélium, les unes remplies de mucus, d'autres dans lesquelles en plus de mucus, on reconnaît des fibrilles conjonctives et des fibrocytes. Par places, là où les vacuoles s'ouvrent du côté du stroma, on voit nettement le tissu conjonctif s'avancer vers

elles. On constate également comment les bourgeonnements épithéliaux, par grossissement de leurs vacuoles, se trouvent écartés les uns des autres, en même temps qu'il se produit un éclatement plus ou moins marqué des boyaux épithéliaux ; il en résulte une augmentation pas très marquée des éléments épithéliaux et mésenchymateux.

On peut aussi observer un autre processus. Le mucus est secrété non seulement vers les cavités, mais aussi à la périphérie des bourgeonnements épithéliaux, ce qui se caractérise sous la forme d'un étroit liseré. En même temps il se produit autour des lobules tumoraux un épaissement du stroma imprégné par du mucus, que HERZOG a comparé à la formation d'une membrane basale.

C'est par un processus analogue qu'on explique les épaisissements conjonctifs se développant dans l'intérieur des cavités. Il se produit de la même façon un gonflement et finalement un épaissement du tissu conjonctif, donnant lieu à la formation du cylindre hyalin ».

De l'étude de 40 tumeurs mixtes salivaires, Roger LEROUX, DILLANGE et LEROUX-ROBERT ont déduit que *l'apparente complexité de leur structure relève de variations morphologiques locales d'un même type cellulaire et non de la multiplicité des souches tissulaires.*

La multiplicité d'aspect structural que présente le stroma semble pouvoir être rattachée à une souche tissulaire semblable : le tissu conjonctif de soutien de la glande.

De ces faits, les auteurs concluent : (nous le verrons mieux au chapitre suivant) les tumeurs dites mixtes des glandes salivaires sont caractérisées par des signes de prolifération du tissu épithélial glandulaire, et les modifications que provoquent ces éléments cellulaires dans le stroma qui l'entoure.

Il s'agit donc d'*épithéliomas* et non de tumeurs mixtes à souches néoplasiques multiples.

Dans un travail plus récent, les mêmes auteurs essayent d'établir une classification architecturale des tumeurs des glandes salivaires. On peut en tirer la conclusion que les « tumeurs mixtes » des glandes salivaires, tout en conservant une caractéristique régionale incontestable, rentrent dans le cadre des *épithéliomas des parenchymes glandulaires*.

PATHOGÉNIE

C'est certainement le chapitre le plus controversé de cette question. Nous ne ferons que d'en tracer les grandes lignes, car la pathogénie a été déjà étudiée, dans ses détails, par de nombreux auteurs qui ont fait porter leurs travaux sur les tumeurs mixtes des principales glandes salivaires.

La plus ancienne est la *théorie endothéliale*, qui voit l'origine des éléments tumoraux dans l'endothélium vasculaire.

Viennent ensuite les *diverses théories embryonnaires*, qui font intervenir, soit des bourgeons salivaires aberrants, soit des inclusions ectodermiques pincées dans les fentes branchiales.

Elles sont actuellement à peu près abandonnées au bénéfice de la *théorie épithéliale* qui a rallié le plus grand nombre d'auteurs.

I. — **Théorie endothéliale.**

C'est VIRCHOW, qui l'expose en 1867 : elle connaît en Allemagne de nombreux partisans : RECKLINGHAUSEN, KÖSTER, KAUFMANN, KOCHER, PAGENSTECHER, VON RUSTITZKY, VON EWETZKY, VON OHLEN, BARTH, MARTINI, STEINHAUS, VOLKMANN et BORST.

Tous soutiennent que ces tumeurs dérivent de l'endothélium des vaisseaux sanguins et lymphatiques et surtout de

celui des fentes lymphatiques auxquelles RECKLINGHAUSEN attribue un rôle important.

BORST considère dans ces tumeurs, comme endothélium proliféré, surtout des trainées cellulaires dans le tissu muqueux ; ces trainées rappellent les processus de prolifération et de bourgeonnement des vaisseaux sanguins et lymphatiques. BORST décrit des proliférations cellulaires diffuses comme des aspects sarcomœides qui seraient la caractéristique des formations tumorales de l'endothélium. Pour lui, les liaisons intercellulaires qui existent entre les cellules du parenchyme tumoral, seraient parfois aussi de caractère endothélial.

Les partisans de cette théorie se basent surtout sur la forme des cellules, leurs rapports entre elles et la présence de cavités endothéliiformes contenant des globules rouges.

Nombreux ont été les contradicteurs qui ont battu en brèche cette théorie. Pour eux, elle repose sur diverses erreurs de fait, de méthode, d'interprétation.

Ainsi ROUSSY, LEROUX et OBERLING reprochent à VIRCHOW et à ses élèves d'avoir pris pour des éléments endothéliaux, ce qu'ils considèrent comme de simples cellules aplaties.

De même, MENETRIER et PEYRON critiquent VOLKMANN quand celui-ci soutient la possibilité :

- 1^o d'une prolifération du revêtement des fentes du système lymphatique ;
- 2^o d'une évolution de l'endothélium, en divers stades par tuméfaction et modification successives vers le type cubique ou même cylindrique.

Ils prétendent que les proliférations d'un endothélium lymphatique ne sauraient conduire à des structures filamenteuses malpighiennes même en leur attribuant les points intercellulaires connus depuis KOLOSsov dans les endothéliums des séreuses.

Quant aux erreurs d'interprétation, elles peuvent être ramenées au nombre de deux :

la première est de croire qu'une morphologie néoplasique peut dans un organe donné, être définie ou se constituer, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des dispositions normales ou des stades de transition ;

la seconde, est de prendre comme point de départ de la tumeur des formations résultant en réalité, d'une différenciation plus ou moins avancée, mais toujours secondaire d'éléments épithéliaux.

Enfin, pour les auteurs modernes les hématies rencontrées, proviennent d'hémorragies secondaires dans la tumeur.

Quoi qu'il en soit, cette théorie endothéliale recueille encore les faveurs d'une série d'auteurs de culture allemande (Allemands, Nordiques, Polonais, Japonais), qui à l'heure actuelle continue à dénommer ces tumeurs mixtes « *endothéliomes* » (Obs. 42-43) ; quoi que les descriptions cliniques et histologiques ainsi que l'évolution des cas qu'ils rapportent, se superposent parfaitement à ce que nous nommons « tumeurs mixtes ».

II. — Théories embryonnaires.

La présence simultanée de divers tissus (épithélial, glandulaire, mésenchymateux) dans les tumeurs mixtes a donné à de nombreux auteurs, l'idée de faire appel à des théories embryonnaires.

Les uns font intervenir des inclusions hétérotopiques, d'autres des bourgeons salivaires, d'autres enfin, soutiennent une théorie branchiale avec pincement anormal d'éléments ectodermiques dans les fentes branchiales.

1^o *Théorie de Pitance* : Pour cet auteur ainsi que pour MASSABUAU, les tumeurs mixtes prendraient naissance d'îlots.

salivaires aberrants, dont les amas épithéliaux auraient perdu toute connexion avec leurs tubes excréteurs. Ce caractère embryonnaire serait conservé jusqu'au jour où sous une excitation quelconque ces îlots cellulaires se mettraient à proliférer.

Cette théorie admet donc la présence d'une glande accessoire aberrante à évolution tardive, mais elle est impuissante à expliquer la complexité de structure et le polymorphisme anatomo-pathologique.

Pour HOUZEL, l'association d'épithélium malpighien et de dérivés mésodermiques, la présence d'épithélium à grandes cellules cylindriques à côté de globes cornés ne peuvent pas provenir de la prolifération d'un type cellulaire unique : les acini glandulaires et leurs canaux excréteurs.

C'est ce que confirment d'autres auteurs, qui ne peuvent rapprocher les caractères de l'épithélium des tumeurs mixtes des glandes salivaires, de ceux des formations hétéomorphes rencontrées dans les embryomes véritables.

D'autre part la présence de tissu osseux dans ces tumeurs obligent les partisans de cette théorie à admettre la participation du cartilage de Meckel. Celui-ci se trouverait inclus dans l'îlot embryonnaire (?).

2° *Théorie de Wilms* : cet auteur sentant la fragilité de la théorie de Pitance, et pour éviter les objections faites à cette théorie, remonte au début du développement phlogénique.

Pour lui, c'est le mésenchyme non différencié qui, de bonne heure et dans les premiers mois de la vie intra-utérine, subit une inclusion qui entraîne avec lui le revêtement ectodermique. Ce revêtement va tapisser la cavité buccale. L'inclusion de cet ectoderme et de ce mésoderme non différencié peut, par la suite, expliquer la présence des

tissus les plus variés et des formations les plus contradictoires, du point de vue histologique.

En somme WILMS attribue ces tumeurs à un bourgeon aberrant (épithélium et tissu conjonctif de la cavité buccale). Cet auteur insiste sur la relation possible de celles-ci avec un trouble du développement d'un bourgeon ectodermique au moment de la formation des glandes salivaires et de l'arc branchial.

3° *Théorie branchiale* : soutenue par CUNÉO et VEAU dès 1900 puis par VIGNAUD et MOURIQUAND, WOOD, GAYET, LENORMAND, COTTARD et DUVAL.

Tous admettent une anomalie fissuraire au niveau d'une fente branchiale provenant de l'inclusion, à la période embryonnaire, de tissus épithéliaux et mésenchymateux.

Ces auteurs font remarquer d'une part, que ces tumeurs mixtes naissent souvent dans le voile, au voisinage du pôle supérieur de l'amygdale, lieu de localisation embryologique d'une fente branchiale, d'autre part qu'au niveau de ces fentes, on trouve du tissu ectodermique entouré de tissu lymphatique et glandulaire. C'est ce qui expliquerait la présence des deux ordres de tissus trouvés dans les tumeurs mixtes (épithélial et conjonctif).

4° *Théorie de Chevassu* qui assimile ces tumeurs aux enclavomes, tels ceux qu'on observe dans les glandes génitales (seminome);

5° *Théorie d'Houzel* : cet auteur, s'appuyant sur des données embryologiques, admet qu'il peut se produire un accident de coalescence au niveau de la fente palatine, ce qui justifierait la théorie branchiogène. L'anomalie fissuraire, écrit cet auteur, en nous montrant l'inclusion épithéliale au cours du développement des différents bourgeons du massif facial, nous aide à comprendre le désordre de

ces tumeurs para-buccales et l'étonnante complexité de leur structure.

Cette théorie branchiale a été l'objet de nombreuses critiques.

Pour MASSABUAU, le siège même des tumeurs mixtes serait la plus grande objection qu'on pourrait lui faire : en effet elle ne peut expliquer le développement d'une tumeur para-buccale, surtout au niveau du palais.

CREYSEL s'appuie pour l'infirmier sur le fait de la localisation exclusivement salivaire de ces tumeurs, dont il voit l'origine dans des inclusions embryonnaires.

Pour MASSON, on n'a jamais observé de lien génétique entre les inclusions branchiales et les tumeurs auxquelles elles sont supposées donner naissance. Ces inclusions purement épithéliales ne rappellent nullement celles des tumeurs mixtes.

Enfin MÉNÉTRIER et PEYRON font remarquer :

- 1° que ces tumeurs ne révèlent dans leur histogénèse, aucune disposition qu'on puisse rattacher à la topographie ou à la structure des arcs branchiaux de l'embryon :
- 2° que les caractères histologiques d'ordre régional se retrouvent précisément dans les tumeurs n'ayant rien à voir avec les hypothétiques vestiges branchiaux.

III. — **Théorie épithéliale.**

Les auteurs qui ont adopté la théorie épithéliale sont nombreux, mais il subsiste chez eux quelques divisions dues à des variantes d'interprétation. Malgré leur divergence apparente, nous les avons tous groupés sous l'étiquette unique de « théorie épithéliale ».

Pour eux, cet épithélium naît des glandes salivaires, contenues normalement dans l'épaisseur de la muqueuse palatine, et plus particulièrement de l'épithélium des canaux excréteurs.

On a voulu très artificiellement créer d'abord une *théorie épithélio-glandulaire* qui ne parvient pas à résoudre complètement le problème. FONNEGRA en 1883, de LARABRIE en 1890, puis BERGER soutenaient déjà l'origine épithéliale de ces tumeurs. Cette théorie était encore impuissante à expliquer la genèse des multiples tissus mésenchymateux rencontrés d'une façon constante.

En 1900, KROMPECHER, dit HOWARTH dans un travail d'ensemble paru dans le *Journal de Laryngologie*, de janvier 1937, signale déjà l'origine épithéliale de ces tumeurs avec métaplasie mucoïde et cartilagineuse.

MASSON reprend la question en 1914 et en précise les données.

Cet auteur insiste sur deux ordres de faits :

1° Il existe dans ces tumeurs deux souches initiales, l'une glandulaire, l'autre conjonctive.

La première va donner naissance aux éléments malpighiens, la seconde sous l'influence des sécrétions épithéliales va engendrer les éléments myxoïdes et cartilagineux ;

2° L'aspect de la tumeur mixte va être conditionné par l'action réciproque de ces cellules transformées.

La souche glandulaire est à l'origine de deux sortes de productions : l'une due à l'activité des cellules sécrétantes donne tantôt des cavités kystoïdes ou endothéliformes, tantôt un aspect colloïde, tantôt des cellules indifférenciées.

L'autre est représentée par les variations épithéliales métaplasiques. Cette métaplasie malpighienne peut être régressive (tendant au retour des cellules à une structure plus simple) ou évoluer vers la kératinisation avec formations de globes cornés. Tous les éléments de transition entre

les types malpighien et glandulaire peuvent être observés côte à côte. MASSON insiste également sur l'inversion de la polarité qui se produit lorsque les cellules accumulent leurs produits de sécrétion dans leur région basale. Lorsque cette polarité est endotrope, interstitielle, on peut observer diverses métaplasies :

- tantôt *myxoïde*, quand le produit de sécrétion se condense ;
- tantôt *cartilagineuse*, lorsque les cellules s'entourent d'une capsule (FRAZER et plus tard FRY expliquent de la même façon la présence du tissu chondroïde) ;
- tantôt *conjonctive*, quand on constate la présence de fibrilles et de collagène.

Ainsi MASSON a-t-il pu rendre intelligible ce qui était resté si longtemps obscur dans la pathogénie de ces tumeurs renfermant des tissus si divers.

C'est pourquoi tous les auteurs modernes s'y sont peu à peu ralliés et que l'unanimité à peu près totale s'est faite sur cette théorie épithéliale. Nous citerons d'abord l'école française contemporaine avec ROUSSY et ses élèves, surtout Roger LEROUX, et LEROUX Robert, CREYSSEL et DUCRET, MÉNÉTRIER, PEYRON, puis de nombreux auteurs étrangers.

Ces derniers, tout en faisant leur cette théorie, omettent trop souvent sinon toujours de citer dans leurs publications les auteurs français, tel HOEPFEL qui fait une étude très détaillée de la pathogénie de ces tumeurs et ne mentionne aucun nom français tant pour la théorie embryonnaire qu'épithéliale. Nous signalerons parmi les étrangers : FRAZER, HOEPFEL, HINSBERG, LOWENBACH, KROMPECHER, FICK, EHRICH, RIBBERT, LOWENSTEIN, MATHIAS, SCHILLING, BÖTTNER, RICKER, HERZOG, SIEGMUND, ASCHOFF, PANS, FISCHER-WASELS, LANG, KUX, NORRENBROCK ; MICHEL, KREIBIG, SHNELLMANN, ZYMBAL, KORUBLITH, GAETHEHENS, CELLI, THERKELSEN, FORMAN et WARREN, EGGERS.

Certains de ces auteurs, comme KAUFMANN et MARCHAND, écrit HOEPFEL, après avoir admis la théorie endothéliale, sont devenus partisans de la théorie épithéliale.

GRIGOULOFF a pu, grâce à des techniques spéciales de préparation, suivre les stades intermédiaires de la métaplasie de certains éléments épithéliaux en voyant apparaître les fibres d'HERXHEIMER argentaphiles intracellulaires qui sont pour lui un témoin de l'évolution épidermoïde. *

Histogénèse du stroma : Malgré que les auteurs allemands se soient ralliés à la théorie épithéliale qui vient d'être exposée, ils ont voulu envisager une pathogénie spéciale du stroma.

Dans un récent travail, HOEPFEL a fait sur la question un exposé très détaillé mais fort long ; cinq théories sont émises avec le nom de leurs partisans. Nous résumerons cette publication en disant que :

Le stroma, constitué de tissus muqueux et cartilagineux, est, pour les uns, d'origine mésenchymateuse (RIBBERT et KUX) ; pour les autres, qui adoptent intégralement la théorie de MASSON, il résulte de la métaplasie épithéliale.

Cette métaplasie peut être engendrée soit par l'action des éléments épithéliaux (NORRENBROCK-KROMPECHER) soit par celle des produits de sécrétion des éléments épithéliaux et glandulaires (EHRICH, CLEMENTZ, BÖTTNER, RICKERT, HOEPFEL, MARCHAND, FISCHER-WASELS).

Certains enfin, reconnaîtraient au stroma une origine mixte (épithéliale et conjonctive) (SCHILLING, SIEGMUND, SCHNELLMANN).

THÉORIE DE ROGER LEROUX.

Enfin nous exposerons succinctement l'opinion de cet auteur.

La genèse des substances fondamentales résulterait d'une

interaction entre les éléments épithéliaux et le stroma. Par analogie, on pourrait établir un parallélisme entre la genèse de ces substances fondamentales et celles des membranes basales se formant au contact des revêtements épithéliaux.

D'autre part, on sait, d'après les conceptions modernes, que les membranes basales apparaissent entre l'épithélium et le stroma conjonctivo-vasculaire, résultat d'une action réciproque des cellules épithéliales et du milieu conjonctif.

Cette même interaction, entre un épithélium et le stroma conjonctif, explique la formation possible d'une membrane basale au contact des travées épithéliomateuses. Quand elle se manifeste d'une façon anormale, exagérée et désordonnée, il s'ensuit la production de substances fondamentales anormales, tantôt liquides, tantôt semi-liquides, s'insinuant entre les cellules épithéliales et conjonctives au contact desquelles elles se sont formées. C'est ainsi que s'expliquent les aspects caractéristiques des tumeurs mixtes des glandes salivaires.

L'interaction des éléments épithéliaux sur le stroma provoque la formation d'une basale anormale apparaissant sous forme de substances collagènes, de plages myxoïdes ou chondroïdes.

TRAVAUX EXPÉRIMENTAUX

Pour renforcer la théorie épithéliale, certains auteurs étrangers ont cherché à reproduire expérimentalement ces tumeurs, dont nous rapportons les principaux procédés types.

Ainsi FRAZER soutient que ces tumeurs prennent naissance aux dépens du tissu glandulaire complètement formé et en particulier des conduits sécréteurs intra-glandulaires.

C'est après avoir observé les perturbations provoquées dans la parotide par la ligature du canal de Sténon, chez les

chiens, qu'il arrive à de telles conclusions. Il se rallie d'autre part à la théorie de MASSON puisqu'il accepte que les formations cartilagineuses et mucoïdes naissent de la métaplasie épithéliale.

Du reste, dans le même ordre d'idée, il n'est pas exceptionnel de rencontrer des plages de cartilage ou des éléments lymphoïdes développés sous l'influence de l'irritation inflammatoire dans les parotidites subaiguës ou chroniques.

CARRARO après de semblables travaux arrive aux mêmes conclusions.

LOWENSTEIN injecte dans la parotide de l'huile écarlate, il se produit des proliférations épithéliales réticulées qui, pour lui, auraient une grande analogie avec ce que l'on rencontre dans les tumeurs mixtes. Comme FRAZER, il pense que leur origine est dans les canaux excréteurs glandulaires.

ZYMBAL, qui soutient la même thèse, pratique des transplantations, tantôt de glande salivaire normale, tantôt de fragments de tumeur mixte. Il observe que les transformations de l'épithélium des greffons, qu'ils proviennent de la glande normale ou de la tumeur, présentent une grande analogie. De plus, il remarque que seules les masses parenchymateuses solides se développent en culture, tandis que les plages chondroïdes (considérées par ZYMBAL comme des produits dégénérés) sont détruites.

VI

CLINIQUE

Du point de vue clinique l'évolution d'une tumeur mixte est celle d'une tumeur bénigne.

Il est remarquable de constater qu'il est très difficile d'apprécier sa date exacte d'apparition. En interrogeant les malades, on obtient des réponses très peu précises ; tantôt les sujets n'ont pas eu leur attention attirée par elle, tantôt c'est depuis un temps très variable qu'ils en connaissent l'existence. Souvent, c'est à la suite d'un examen fait pour une tout autre cause que l'observateur constate, avant même le malade, la présence de ces tumeurs.

Tous ces faits n'ont rien d'extraordinaire, car par leur siège et la pauvreté des troubles fonctionnels, ces néoformations peuvent facilement passer inaperçues pendant une période prolongée.

Les tumeurs mixtes se caractérisent, en général, par leur *longue durée*, due à un très *lent accroissement*. Dans la plupart des cas publiés, la tumeur est restée sans changement pendant huit à dix ans. Dans l'observation de HULT, comme dans l'observation XXXV, le malade en connaissait l'existence depuis trente ans ; dans un cas publié par HOLMGREN la tumeur est restée sans se modifier pendant cinquante-trois ans (WOOD).

Cependant, dès qu'elle se met à augmenter de volume, son évolution se fait soit par accroissement lent et con-

tinu, soit par poussées évolutives intermittentes avec des temps d'arrêt et parfois même une régression partielle.

MARTLAND (cité par GOLDSMITH et IRELAND) rapporte le cas d'une tumeur qui, après une croissance active de deux ans, reste stationnaire pendant treize ans.

Par ailleurs quel que soit son mode évolutif, la tumeur demeure habituellement encapsulée.

I. — Troubles fonctionnels.

Plusieurs causes peuvent pousser le malade à consulter. Les principales relèvent plus de la *gêne* éprouvée par celui-ci que de la *douleur*.

Ces tumeurs ont, en effet, ce caractère particulier de rester, un temps très long, indolentes, et les douleurs extrêmement rares dont elles sont la cause sont localisées et ne prennent qu'exceptionnellement le type névralgique avec otalgie (obs. XIII).

De plus, elles ne sont accompagnées d'aucune adénopathie (1) ni aucune altération de l'état général.

Les troubles fonctionnels, nuls au début de leur évolution, apparaissent progressivement avec l'accroissement de leur volume. Une gêne constante alerte le malade ; et, l'on reste étonné devant l'énormité de certaines de ces tuméfactions envahissant la cavité buccale, rétrécissant à l'extrême le cavum, l'isthme du gosier et n'apportant à leur porteur qu'une gêne, sans douleurs, ni troubles profonds. « Tolérance vraiment stupéfiante pour ces tumeurs énormes du voile, écrit à ce sujet M. OMBRÉDANNE, probablement due à l'adaptation lente et progressive des malades. »

Puis la *déglutition* et la *respiration* peuvent être troublées. Le malade se plaint alors d'une difficulté à la déglutition, d'intensité variable, légère pour les aliments liquides,

1. Le cas d'OMBRÉDANNE fait exception (obs. XXXIV).

plus marquée pour les aliments solides, leur passage étant moins facile.

Parfois on note une certaine *dysphagie* (obs. XIII-XLIII) qui peut être même prise à tort par le malade pour une angine rebelle (obs. II)

Quant aux *troubles respiratoires*, ils se manifestent sous forme d'obstruction nasale surtout la nuit dans le décubitus, empêchant le malade de dormir, provoquant souvent un ronflement intense (obs. XIII). Il a été décrit des cas où au cours du sommeil il s'est produit des accès de suffocation par la chute de la tumeur en arrière.

La *phonation* est plus rarement atteinte, on peut parfois noter un certain nasonnement ; la voix est indistincte, les mots ne sont plus articulés (obs. XIII-XLIII).

Enfin, on peut observer d'autres symptômes, ainsi dans l'observation IX de ROSSERT, l'affection avait été révélée par des stomatorragies répétées. Dans celle de SOUCHET (obs. XIV) c'était l'obstruction nasale accompagnée d'épistaxis à répétition qui avait amené le malade à consulter.

II. — Examen.

En faisant ouvrir la bouche on est de suite frappé par la présence d'une *tuméfaction* de volume variable (d'une noisette à une orange) située latéralement de la ligne médiane.

Elle est *sessile*, sa base d'implantation est plus ou moins étendue, quelquefois par son volume, elle déborde et envahit le côté opposé. JANKOVSKI ne signale qu'un cas de localisation à la luette (obs. XXVII).

Le plus souvent la *muqueuse* est normale, de coloration rosée, lisse. Dans le cas de ROSSERT (obs. IX) elle était sillonnée d'un lacis vasculaire très dense, siège d'hémorragies fréquentes.

Plus rarement on constate une *ulcération* ; c'est du reste

une ulcération par usure : lorsque la tumeur prend un grand développement, elle presse fortement la fibro-muqueuse qui, peu extensible, finit par céder.

Sa *forme* est ronde ou ovoïde. Lorsque son évolution est avancée, elle a tendance à changer de forme, à pousser des prolongements vers les tissus environnants, et contracter avec eux des adhérences plus ou moins serrées : soit avec les surfaces osseuses, bord postérieur du palais, apophyse ptérygoïde (obs. XII), fosse canine (obs. XVII) ; soit avec les parties molles, paroi latérale du pharynx (obs. XLII).

Au *toucher*, tantôt la tumeur est lisse, arrondie, tantôt elle est bosselée, grenue. Elle est mobilisable, non pédiculée, n'adhérant ni aux plans voisins ni à la muqueuse.

Sa *consistance* est variable et irrégulière. On trouve par place des zones fermes, quelquefois même dures, alternant avec des zones de ramollissement.

On procède ensuite à l'examen des fosses nasales par rhinoscopies antérieure et postérieure. Souvent cette dernière est impossible vu l'extrême développement de la tumeur qui obstrue partiellement ou totalement le cavum.

Ces examens ont pour but de rechercher l'extension de la tumeur vers le nez ; ils permettent de desceller parfois une voussure ou même une destruction du plancher des fosses nasales et d'apprécier l'importance de la perte osseuse. C'est cette dernière qui entraîne, après l'intervention, la persistance d'une communication bucco-nasale.

On continue par l'examen des oreilles qui sont normales le plus souvent, de l'acuité auditive qui peut être troublée.

La diaphanoscopie que l'on complète par la radiographie permet d'explorer l'état du squelette, repérer l'étendue des lésions quand il y en a, et apprécier l'envahissement ou la vacuité du sinus maxillaire.

On pratique, s'il y a lieu, une ponction exploratrice qui est blanche dans le cas d'une tumeur mixte. Quelquefois une

légère hémorragie transitoire et facilement jugulable peut la suivre.

On termine par l'exploration attentive de tous les territoires ganglionnaires de la région.

III. — **Formes cliniques.**

Les tumeurs mixtes prennent leur insertion sur la voûte osseuse, ou plus fréquemment dans l'épaisseur du voile. Leur développement ne se fait pas par infiltration, mais par refoulement des tissus voisins. Ainsi, elles peuvent s'étendre dans diverses directions :

en avant vers le bloc incisif ;

en dedans, elles peuvent dépasser la ligne médiane, gagner l'autre côté et refouler la luette ;

en haut, vers le nez, envahir le sinus maxillaire et déformer ses parois osseuses ;

en dehors, en arrière et en bas réaliser ce que MALAN propose d'appeler les « formes intramurales ».

Sous ce nom, il comprend certaines tumeurs mixtes qui se développent entre les couches musculaires du voile ou bien s'étendent en haut et latéralement dans l'espace latéro-pharyngien, jusqu'à la base du crâne ; elles découvrent ainsi les apophyses styloïde et ptérygoïde et entrent latéralement en rapport étroit avec la loge carotidienne.

MALAN s'est appuyé sur des considérations topographiques pour les étiqueter « tumeurs intramurales à développement latéro-pharyngien ». Cette forme est très rare (il en rapporte deux cas).

Le Professeur LEMAÎTRE préfère leur attribuer une appellation s'inspirant de leur aspect clinique. Il propose de les nommer *forme plane des tumeurs mixtes du voile*.

Elles présentent une portion vélitique de volume modéré,

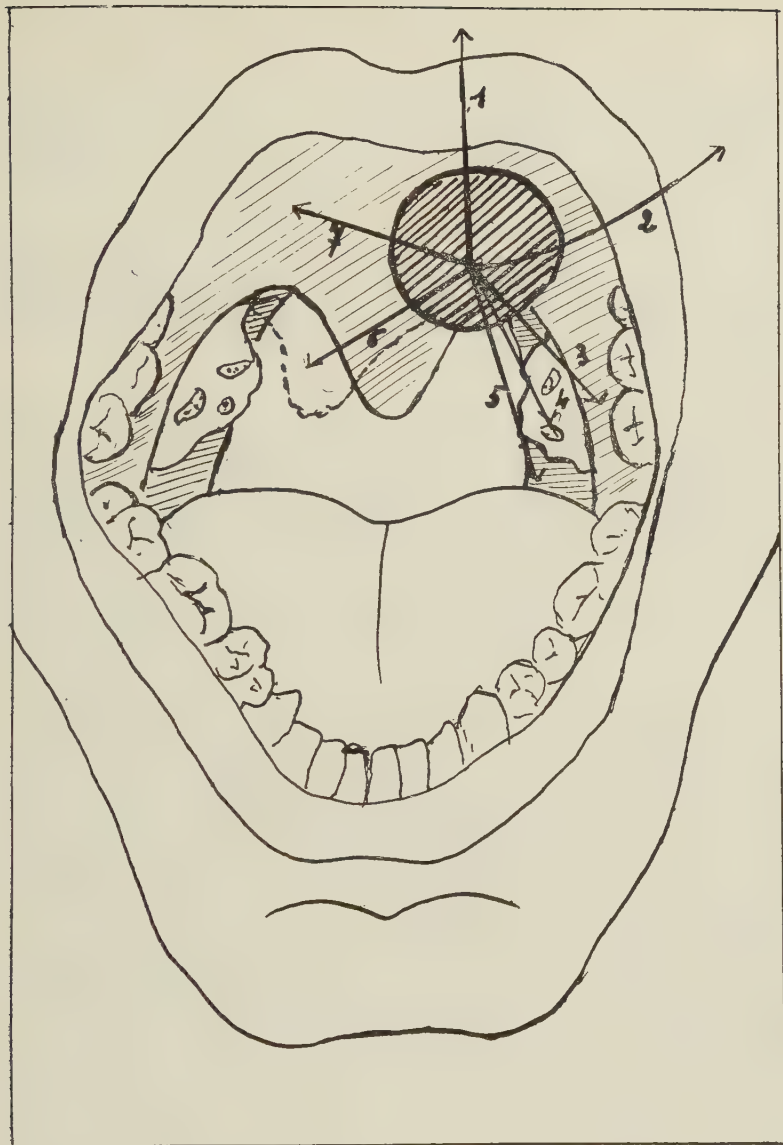


FIG. 5 — Direction des extensions des tumeurs mixtes du palais.

1. vers les fosses nasales.
2. vers l'espace latéro-pharyngien.
3. vers le pilier antérieur.
4. vers la loge amygdalienne.
5. vers le pilier postérieur et la face postérieure du pharynx.
6. refoulant la luette en dehors.
7. vers l'autre côté.

avec un gros envahissement en arrière des régions latéro-cervicale et sous angulo maxillaire.

Ces formes compliquent souvent le diagnostic comme nous le verrons plus loin.

Par ailleurs, lorsqu'on observe une récurrence, l'aspect clinique est presque toujours modifié. Ces modifications sont dues, soit au traitement antérieur et elles sont plus intenses lorsqu'on a fait appel aux agents physiques, soit à l'évolution histologique de la tumeur.

En effet, sa forme n'est plus aussi bien limitée qu'à son stade initial. La tumeur pousse des prolongements diffus dans diverses directions; elle prend une allure extensive, elle est moins mobilisable, adhérente aux divers plans et surtout à la muqueuse.

Le Professeur LEMAITRE l'appelle *forme remaniée*; elle rend souvent le diagnostic, comme l'acte chirurgical, plus difficile.

Exceptionnellement enfin la tumeur peut prendre d'emblée un aspect malin. La symptomatologie en est alors toute différente. Elle est irrégulière, sans limites nettes et infiltrant les tissus voisins. La muqueuse qui la recouvre est ulcérée (obs. XVI-XVII), l'envahissement des tissus se produit particulièrement du côté des os maxillaire supérieur et palatin. Les réactions ganglionnaires dans ces cas malins sont cependant rares. On observe des métastases par voie lymphatique et finalement le malade est emporté après une période plus ou moins longue de cachexie.

VII

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Le pronostic de ces tumeurs mixtes est-il bénin ou malin? C'est un des plus importants problèmes qui les concerne. Il se trouve posé par leur tendance à la récurrence et la nature même de leurs cellules.

La *tendance à la récurrence* est suffisamment nette pour marquer un des caractères de cette tumeur.

Deux causes la favorisent.

a) CAUSES CHIRURGICALES. — Elles proviennent d'un acte opératoire incomplet. La tumeur, la capsule sont friables, l'énucléation ne s'est pas faite en totalité à cause des adhérences intimes, des extensions profondes, elle a été morcelée en plusieurs fragments, l'extirpation n'a pas été complète. Les auteurs sont presque unanimes à constater qu'une tumeur parfaitement énucléée ne récidive pas.

b) CAUSE HISTOLOGIQUE. — La tendance à la cylindromatose de zones d'étendue variable, rencontrées dans les tumeurs mixtes typiques. Y. LEMAÎTRE dans son étude sur les cylindromes remarque que la récurrence est la règle dans ce type de tumeur.

Les récurrences sont parfois uniques, rarement répétées. (Obs. XL et XLIX).

Elles se reproduisent, *in situ*, ou dans un territoire voisin : joue (Obs. XXVIII) parotide du même côté (Obs. XL).

Le temps qui s'écoule entre l'affection initiale et la récurrence est des plus variables : de quelques mois (Obs. XXVIII) à plusieurs années (15 ans, dans l'obs. XIX, 20 ans, dans l'obs. II), le plus fréquemment c'est deux ans environ.

Cette notion de temps peut fausser les statistiques tel le note HOLMGREEN qui sur 115 cas recueillis ne signale que 2 récurrences, en faisant remarquer qu'il n'a pas pu tenir compte de l'éloignement de la date d'intervention et des dernières observations post-opératoires. Il conseille donc lui-même d'accepter ces chiffres avec réserve.

Lorsqu'une récurrence survient, tantôt elle peut reproduire l'aspect histologique et clinique de la première tumeur (Obs. II, VI, XXXIV), tantôt une modification histologique prenant des formes atypiques avec augmentation des éléments cellulaires, tantôt enfin, elle peut évoluer franchement vers la malignité et prendre tous les caractères de l'épithélioma (Obs. V).

CREYSSEL fait remarquer que tous ceux qui ont étudié les tumeurs mixtes, ont noté le caractère exceptionnel de la dégénérescence maligne des tumeurs du palais les opposant en cela aux tumeurs mixtes de la parotide ou de la sous-maxillaire « le caractère malin de ces dernières s'affirmerait lorsqu'elles ont perforé leur capsule ».

Les avis restent partagés et les cliniciens s'opposent aux anatomo-pathologistes.

Les premiers, les tiennent dans la majorité des cas pour des tumeurs bénignes, malgré la possibilité de leur récurrence. Ils appuient leur thèse sur l'absence d'adénopathie, l'intégrité de l'état général, la lenteur de l'évolution, l'exceptionnelle dégénérescence vers la malignité.

A l'opposé, les seconds les classent parmi les épithéliomas.

Leur aspect histologique est très comparable à celui des cancers vrais : envahissement anarchique des cellules épithéliales dans le conjonctif, évolution épidermoïde. A la

vérité, ils tempèrent ce redoutable pronostic en reconnaissant à la tumeur mixte une certaine « malignité en puissance ».

Pour ARDOUIN, la malignité ne réside pas essentiellement dans la disposition architecturale des divers tissus, mais dans la nature de la cellule ; elle aurait en propre un potentiel de malignité caractérisé par de nombreuses mitoses irrégulières et des monstruosités karyotiques.

Il ne nous est pas possible de pousser plus avant cette évocation de cancérologie pour nous en tenir dans les cadres de ce travail.

Nous adopterons les conclusions des divers cliniciens confirmées par SONNENSCHNIG : « Le pronostic est beaucoup moins déterminé par l'histologie de la tumeur que par l'observation clinique qui tient compte de son aspect, de son volume, de l'infiltration locale et de la durée de l'évolution » (deux observations contraires VII et IX) THIRIAUX et BURKE se rangent également à ce dernier point de vue ; ils ont tenté de déterminer par les examens histologiques, la malignité relative et l'évolution future de nombreux cas : cette recherche s'avéra négative.

En résumé : On peut conclure que ces tumeurs mixtes du palais, malgré la fréquence des récidives peuvent être tenues pour bénignes, en faisant une réserve sur la possibilité, quoique très rare pour elles, de se reproduire avec des caractères de malignité.

VIII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic en général n'offre pas grande difficulté.

Une tumeur palatine située latéralement, ovoïde, mobile, à limites nettes, avec une muqueuse lisse intacte, existant depuis des années, indolore, fait soupçonner une tumeur mixte.

Il faut cependant la différencier des tumeurs de cette région, liquides ou solides.

En premier lieu, on éliminera les tumeurs inflammatoires, les *abcès* s'accompagnant des divers signes congestifs, les *abcès froids*, les *kystes*. Une ponction exploratrice renseignera d'une façon utile, mais non indubitable ; c'est ainsi que plusieurs diagnostics erronés ont pu être relevés dans les diverses observations publiées.

On a pu confondre une tumeur mixte, avec un accident d'évolution de dent de sagesse (Obs. XLV), un phlegmon péri-amygdalien (Obs. XLVII), un kyste dentaire à évolution palatine (dans l'Obs. XXXVI, les deux affections — tumeur mixte et kyste — étaient concomitantes).

Parmi les tumeurs solides, les lipomes sont plus mous, plus mobiles, moins volumineux.

On différenciera les *fibromes*, le plus souvent symétriques, de la tumeur mixte, en général unique ; mais il ne faut pas méconnaître les fibromes implantés sur la muqueuse palatine qui peuvent être eux aussi uniques. Ils siègent fré-

quemment à la hauteur de la tubérosité du maxillaire. Leur aspect est tout différent ; ce ne sont pas des tumeurs à proprement parler, mobiles sur la muqueuse et les plans voisins, mais plutôt un épaissement de la muqueuse elle-même, dure, ferme, ne formant qu'une masse. Leur évolution est aussi extrêmement lente.

Il faudra également écarter le *fibrome naso-pharyngien* qui lorsqu'il est volumineux s'étend en arrière du voile et le refoule en avant (NEW). Nous avons eu l'occasion d'en observer un, tout récemment, dans le Service du Dr André BLOCH. Son point d'implantation était au niveau de l'orifice choanal ; en avant, il envahissait l'antre, dans sa totalité ; en arrière, un volumineux prolongement descendait dans le cavum adhérent assez fortement au voile. Les rhinoscopies antérieure et postérieure, la diaphanoscopie, la radio, le toucher pharyngien n'apportèrent aucun élément décisif de diagnostic, ce n'est qu'après une cocaïnisation soignée qu'on put passer à l'aide d'un stylet mousse autour du prolongement postérieur du fibrome, et voir que celui-ci, n'avait, avec le voile, que des rapports de contact : ce dernier ne faisait pas corps avec la tumeur.

Le *neurofibrome* peut ressembler à la tumeur mixte, mais il est exceptionnel, et se trouve alors associé en général avec une neuro-fibromatose. La biopsie, au demeurant fait le diagnostic.

L'*angiome* pur est rare à cet endroit, son aspect variqueux, muriforme ne permet pas de le confondre.

L'*ostéome* a une dureté osseuse caractéristique. C'est une tuméfaction, recouverte d'une muqueuse saine et qui siège tantôt exactement sur la ligne médiane ; tantôt à la hauteur de la tubérosité. C'est plus, peut-être, sa dureté extrême, uniforme, lisse, caractéristique, que son siège qui permet de le reconnaître.

On peut de même exclure les *exostoses* occupant le raphé médian.

L'adénome kystique ne pourra être diagnostiqué qu'au moyen de la biopsie ; son aspect physique se confondant avec celui de la tumeur mixte.

Ce sont les affections suivantes qui sont pratiquement utiles à discuter :

La gomme syphilitique peut prêter à confusion ; mais elle présente une évolution plus rapide, la muqueuse lui est adhérente et l'ulcération survient. Les recherches sérologiques ne sont pas toujours concluantes, mais le traitement d'épreuve actif et de courte durée tranche le diagnostic.

Les sarcomes sont d'évolution plus accélérée, avec des phénomènes douloureux et un envahissement précoce du squelette.

Il faut faire une mention spéciale pour ces « *formes remaniées* » vues plus haut. Leur aspect clinique étant souvent très différent de celui de la tumeur primitive. L'anamnèse oriente aussitôt. Mais il s'agit alors de savoir si cette récurrence a gardé ses caractères primitifs de bénignité ou si elle évolue vers l'épithélioma franc.

Le cancer est relativement fréquent au palais ; aussi son diagnostic mérite d'être soigneusement précisé. La tumeur cancéreuse n'est pas encapsulée, elle infiltre précocement les tissus voisins et s'ulcère. Cette ulcération a un fond irrégulier, sale, fongueux, à bords déchiquetés, saignant facilement et laissant écouler un liquide sanieux, fétide.

On n'observe pas, en général, d'adénopathie.

Ce diagnostic n'est pas toujours facile ; dans l'observation XXXIX, une tumeur mixte a été prise pour un épithélioma, dans l'observation VI, pour un sarcome.

Si utile que puisse paraître une biopsie, il faut se méfier de lui donner une interprétation trop rapide, comme l'a démontré le cas d'une tumeur mixte opérée par M. OMBRE-

DANNE, et diagnostiquée épithélioma par le laboratoire. Cette tumeur, dans son évolution clinique ultérieure, semble avoir démontré sa bénignité. A ce propos, il nous paraît utile de rappeler les réflexions qu'elle a suggérées au Professeur LEMAITRE ; cas unique qui s'accompagnait d'un ganglion siégeant à l'origine du tronc thyro-linguo-facial.

« Lorsqu'on fait une biopsie sur une tumeur mixte, écrit le Professeur LEMAITRE, il est possible, étant donné le peu d'extension de la prise, la biopsie étant toujours assez limitée, que l'histologiste croit se trouver en présence d'une tumeur dégénérée, alors que, en réalité, il n'y a pas de transformation épithéliale ».

Le fait rare, unique est d'avoir constaté en même temps, un envahissement épithéliomateux très limité, au niveau de ce ganglion. Le Professeur LEMAITRE n'a jamais vu de réaction ganglionnaire avec une tumeur mixte, non transformée, non dégénérée.

Du reste, tous les auteurs français et étrangers, sans exception, sont de son avis.

Les résultats de la biopsie peuvent être contradictoires, dans les deux sens. Ainsi nous avons eu l'occasion, dans le Service de notre Maître le Dr A. BLOCH à l'hôpital LAENNEC, d'opérer avec le Dr CAUSSÉ, un malade qui présentait une volumineuse tuméfaction du voile du palais avec extension vers les piliers, et la fossette amygdalienne d'une part, la face interne du maxillaire inférieur à laquelle elle adhérait fortement, d'autre part. La biopsie fut faite à deux reprises, à dix jours d'intervalle par nous, avec toutes les précautions requises (prise profonde avec la muqueuse, prise à cheval sur du tissu sain et du tissu tumoral).

Les prélèvements furent confiés au laboratoire de l'Institut Pierre CURIE. Par deux fois, ceux-ci répondirent : tumeur bénigne.

Après une intervention difficile et longue, on put enlever complètement la tumeur par morcellement.

Un soupçon subsistait dans notre esprit, quant à la bénignité de cette néoplasie.

Le troisième examen histologique, pratiqué sur la pièce entière, révéla alors un épithélioma.

Loin de nous l'idée, après l'exposé de ces deux faits de condamner la biopsie.

Bien au contraire, tout chirurgien doit systématiquement avant l'exérèse d'une tumeur, quelle qu'elle soit, peu de jours avant l'intervention, pratiquer un prélèvement pour une biopsie ; si ceci n'a pu être fait, de toute façon, il doit, après l'opération, confier la pièce entière au laboratoire.

Enfin, sans mésestimer les renseignements précieux que peut apporter le laboratoire, le chirurgien doit se rappeler que ce sont l'aspect clinique, l'allure évolutive de l'affection et les diverses considérations tirées de l'examen, qui doivent rester toujours les guides fidèles de sa ligne de conduite.

IX

TRAITEMENT

Le traitement de la plupart des tumeurs mixtes salivaires du palais est exclusivement chirurgical. Quelques-uns lui préfèrent les agents physiques. D'autres enfin font suivre l'exérèse chirurgicale d'une application de radiations (Radium ou Rayons X).

I. — **Traitement chirurgical.**

L'ablation des tumeurs mixtes du palais s'exécute, en général, avec la plus grande facilité, étant donné qu'elles sont encapsulées, logées dans un tissu lâche et peu vascularisé.

L'anesthésie loco-régionale par infiltration suffit dans la majorité des cas, lorsque l'intervention s'avère d'emblée, longue et difficile, il faut s'adresser à l'anesthésie générale.

Si l'on peut craindre des accidents d'asphyxie ou de suffocation, au cours de la narcose, à cause du volume ou du siège de la tumeur, il est préférable d'avoir recours à la voie intratrachéale, soit à l'aide de la sonde nasale (obs. XIX, XXXIV, XLI), soit même après trachéotomie préliminaire (obs. XX, XLII).

L'intervention consiste en une incision curviligne sur la tumeur ou un de ses bords, suivie de la recherche d'un plan de clivage.

Ces tumeurs s'énuclent, dans la majorité des cas, facilement. Dès l'incision, elles font hernie par la brèche, on décolle avec un instrument mousse en suivant leur capsule. Dans la règle, on ne trouve pas d'adhérences serrées et la masse se laisse extirper d'un bloc rapidement. Certains opérateurs, HOWARTH, NEW et CHILDREY entre autres, utilisent de préférence le bistouri diathermique (Obs. III, XXVIII, XLI).

Après exérèse, la plaie saigne peu, l'hémostase est facile ; dans certains cas cependant, il est commode d'employer l'électro-coagulation pour de petits vaisseaux profonds difficiles à atteindre.

Les uns suturent immédiatement, d'autres préfèrent placer une mèche iodoformée pour contrôler la cicatrisation qui va se faire par granulation. SROBIE enfin, utilise un procédé qui lui est personnel, il ne suture pas, mais comble la cavité opératoire de paraffine (Obs. XXXIV).

Lorsque on ne trouve pas de plan de clivage et que les adhérences sont intimes et ceci est fréquent dans les interventions sur les récidives, l'énucléation complète devient plus difficile : la tumeur est souvent friable, mollassse, les pinces qui la saisissent n'ont pas de prise, les lambeaux de capsule, se laissent déchirer. Il faut alors se résoudre à procéder par *morcellement* à l'aide de pinces de Luc ou de curettes.

Dans certains cas, lorsque le chirurgien prévoit une exérèse étendue et une hémostase longue à réaliser, il vaut mieux, au préalable, poser une ligature sur la carotide externe (Obs. XXX, XLI).

CONTRE-INDICATIONS :

Des adhérences intimes aux gros vaisseaux du cou (HOLMGREEN) le type infiltrant de la tumeur (PATEY) et malgré qu'une excision chirurgicale soit possible, l'opéra-

tion serait alors trop étendue et la déformation trop marquée. Dans ces cas le radium trouve sa place.

II. — Agents physiques.

Trois procédés sont utilisés : le radium, les rayons X, l'électro-coagulation.

Rares sont les auteurs qui s'adressent exclusivement à ces moyens thérapeutiques.

Plusieurs reproches leur ont été faits :

a) Faible radio-sensibilité de ces tumeurs. QUICK insiste sur le fait qu'elles ne réagissent pas également bien aux radiations et que ce traitement seul n'est pas en général suffisant. Les variétés les plus riches en éléments cellulaires sont les plus sensibles, par contre, les tumeurs myxomateuses, pauvres en cellules, sont relativement résistantes. L'auteur insiste sur la nécessité de la biopsie préalable, pour permettre d'instituer le traitement le plus efficace ;

b) Nécessité de diriger les malades vers des centres spéciaux, possesseurs de sels de radium ou de puissants appareils modernes de roentgenthérapie, avec un personnel médical, auxiliaire et infirmier spécialisé (confection des appareils, plaques palatines et colliers porte-radium) ;

c) Possibilité de voir apparaître ultérieurement par dosage excessif, une ostéo-radio-nécrose, entraînant des pertes importantes de tissus divers (perforation de la voûte palatine) accompagnées de cicatrices rétractées (Obs. XXXVI). SOUCHET conseille de s'écarter le plus possible de l'os, pour tenter d'éviter ces accidents ;

d) Difficulté de maintenir les aiguilles de radium en place, le temps nécessaire pour obtenir une irradiation suffisante. Le séjour des aiguilles détermine des modifications intimes

dans la structure de la tumeur. Ces phénomènes, qui sont déjà marqués vingt-quatre heures après le début du traitement, sont cause d'un certain glissement des aiguilles hors de leur lieu d'implantation, malgré tous les soins que l'on puisse prendre pour les y tenir fixées.

SOUCHET eut l'idée d'appliquer le procédé préconisé par DOUGLAS QUICK, pour le traitement des tumeurs mixtes de la parotide : usage de petits tubes de verre d'émanations d'environ 3 millimètres contenant de 1 à 1,5 millicurie, enfoncés en pleine substance néoplasique à l'aide d'une fine aiguille-trocart.

Du reste, la technique radiumthérapique ne cesse de se perfectionner ;

e) Résultats très inconstants, le plus souvent, on n'obtient pas la régression totale, mais la diminution de la tuméfaction (RHOADS et MECRAY) ;

f) Enfin, voici la dernière objection, la plus importante : les radiations provoquent une modification importante des tissus frappés ; il s'ensuit l'apparition de sclérose, d'adhérences extrêmement serrées qui rendent beaucoup plus difficile une nouvelle intervention, en cas de récurrence (Obs. XX).

Quoi qu'il en soit certains gardent toujours aux agents physiques leur faveur.

Pour SOUCHET, les avantages de la radiumthérapie seraient dans la possibilité d'entourer la tumeur, qui est toujours facilement accessible, d'une véritable barrière d'aiguilles, que l'on peut disposer de diverses manières : en couronne, en arc de cercle, ou en les implantant directement en plein tissu tumoral.

Naturellement, si la lésion envahit les régions voisines et présente le type infiltrant, les chances de succès sont notablement diminuées.

Le nombre, le choix des aiguilles, les points d'implanta-

tion, la durée de celle-ci doivent être déterminés suivant le volume, la nature et le siège de la tumeur.

Actuellement, on semble pouvoir fixer approximativement le dosage en rapport avec la structure histologique de la tumeur.

A côté des partisans du radium, se trouvent ceux des rayons X, tel SONNENSCHNIG qui accorde ses préférences à la *radiothérapie profonde*.

En France, on applique surtout la méthode de COUTARD à *doses étalées*.

La *diathermie* connaît aussi quelques défenseurs : Y. LEMAITRE dit, dans ses conclusions, que l'électro-coagulation peut être appelée à rendre de grands services. MACKENSIE par ce procédé enlève une tumeur sans qu'il se soit produit de récurrence, depuis cinq ans. Il n'emploie ni radium ni roentgenthérapie.

Enfin, il nous faut signaler que ces méthodes connaissent des adversaires convaincus. A une séance de la Société de Médecine militaire française (1937) GUILLERMIN, GINESTET, et CONDANE affirment que c'est une erreur de soumettre ces malades aux irradiations. Celles-ci nécessitent des avulsions dentaires et peuvent toujours s'accompagner de radio-nécrose.

En conclusion, les partisans des agents physiques comme unique moyen thérapeutique sont en petit nombre ; les adversaires plus nombreux. Par contre, beaucoup de chirurgiens les utilisent, après l'intervention à titre prophylactique, comme nous l'allons voir.

III. — Association de la chirurgie avec les agents physiques.

Elle est très fréquemment employée actuellement : ses indications sont d'ordre prophylactique :

a) L'exérèse n'a pu être totale, pour quelque cause que

ce soit (adhérences difficiles à rompre, extension trop étendue dans des régions d'accès chirurgical peu commode, voisinage d'organes délicats ou de gros vaisseaux);

b) L'extirpation n'a pu être faite que par morcellement et un doute subsiste dans l'esprit de l'opérateur. Tout a-t-il été enlevé ?

c) L'examen histologique montre la prédominance du tissu épithélial ou des aspects de malignité.

Cette association, aux yeux du plus grand nombre de chirurgiens français et étrangers, offre les meilleures perspectives, puisqu'elle fait profiter le malade des avantages des deux traitements.

Traitement des complications et séquelles.

La plus importante, la seule intéressante est la *perforation palatine*.

Qu'elle soit due à la destruction par la tumeur, à l'acte opératoire, aux cicatrisations défectueuses et rétractiles ou à la radio nécrose, le résultat est le même : il y a perte de substance osseuse. Il subsiste une brèche d'importance variable, mettant en communication : bouche et fosses nasales. Les troubles fonctionnels sérieux obligent à intervenir.

C'est à la *prothèse* que l'on a recours, la collaboration du dentiste et du chirurgien est indispensable.

En France, depuis plusieurs années, on utilise dans plusieurs services chirurgicaux et en particulier, à la clinique oto-rhino-laryngologique du Professeur LEMAITRE à l'hôpital Lariboisière, les procédés prothétiques du D^r CHENET.

Cette prothèse est faite d'une plaque obturatrice maintenue en place par les moyens ordinaires (crochets, ressorts métalliques) portant un dispositif pneumatique dont le malade peut faire varier la pression et le volume.

Cette prothèse s'applique immédiatement après l'opération, sur la table même. Elle a pour but d'abord d'obturer la brèche palatine et permettre ainsi l'alimentation et la phonation, puis de soutenir les tissus mous privés de squellette, réalisant ce que CHENET appelle « la cicatrisation dirigée ».

Un auteur canadien, J. N. ROY est aussi partisan de l'emploi de la prothèse immédiate (Obs. XVIII).

Avant l'intervention, le dentiste, après avoir pris une empreinte avec une substance plastique, confectionne un modèle en plâtre qui reproduit la voûte palatine avec la tumeur. On enlève ensuite celle-ci, avec un couteau, afin d'obtenir un modèle qui réalise le palais normal. C'est sur ce modèle qu'on fabrique la prothèse en vulcanite qui sera placée en bouche.

A côté du procédé prothétique subsiste le moyen chirurgical : *l'autoplastie*. MAYER (obs. XVI) prend un lambeau muqueux pédiculé qu'il amène par torsion en place et qu'il maintient par des sutures. Tout en admirant les résultats présentés par l'auteur, nous ferons remarquer, qu'ils sont très inconstants dans la pratique, on est souvent obligé de s'aider de la prothèse, sous forme d'une plaque palatine, destinée à soutenir et protéger le lambeau jusqu'à complète cicatrisation.

En conclusion : Les moyens thérapeutiques dont nous disposons sont :

1° L'exérèse chirurgicale de la tumeur (intervention facile, rapide, suites opératoires banales, pas de récurrence) ;

2° Exérèse chirurgicale suivie de curie ou radiothérapie quand la biopsie s'est révélée suspecte ou que l'intervention a été incomplète ;

3° Radiumthérapie seule, dans quelques rares cas où les délabrements opératoires seraient trop considérables, ou dans certaines récurrences.

X

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Prof. Lemaitre) (Inédite).

Tumeur mixte siégeant sur le côté gauche. Intervention chirurgicale

M. D..., 33 ans, entre le 26 avril 1937 à l'hôpital, pour une tumeur siégeant au niveau du palais.

Le début apparent de l'affection remonte à un an, le malade a ressenti une gêne pharyngée, à gauche survenant spontanément, non influencée par la mastication ni la déglutition.

Il apparaît, quelque temps après, dans le voile du palais, une tuméfaction qui augmente progressivement de volume.

Les troubles fonctionnels se limitent à une gêne de déglutition sans faire place à de vraies douleurs.

L'état général est satisfaisant, pas d'amaigrissement.

A l'examen on observe une tumeur de la grosseur d'une noix, siégeant à la partie gauche et postérieure du voile du palais, empiétant un peu en avant sur le bord libre du palais osseux, intéressant en même temps l'amygdale gauche et ses piliers ; de consistance assez dure, elle apparaît grenue au palper, indolore, mal limitée, recouverte, en avant par une muqueuse lisse et en arrière par une muqueuse bourgeonnante.

La langue est très mobile. Il n'y a pas d'adénopathie.

L'examen du nez et de l'oreille gauche ne révèle rien d'anormal.

La numération globulaire donne 4.120.000 globules rouges et 12.000 blancs.

L'examen du liquide retiré de la ponction de l'amygdale montre la présence d'hématies, de rares polynucléaires et lymphocytes et l'absence de germes.

La radio précise l'intégrité du bord postérieur du palais osseux.

Intervention faite le 30 avril 1937 sous-anesthésie locale, par le Prof. Lemaître.

Dès l'incision du voile, on trouve un plan de clivage, comme dans les tumeurs mixtes.

La tumeur s'insinue en dehors du pôle supérieur de l'amygdale qu'elle refoule en dedans.

Malheureusement, la masse est friable et s'écrase sous la pince, elle rappelle l'aspect d'un épithélioma. Il faut cependant ne pas oublier que certaines tumeurs mixtes non dégénérées présentent cet aspect.

Après un morcellement en une dizaine de fragments, on a l'impression d'avoir enlevé toute la masse tumorale qui atteint les dimensions d'une orange.

La grosse cavité, résultant de cette exérèse et dont la paroi externe est constituée par le ptérygoïdien externe, est bourrée avec de la mèche iodoformée, au-dessus de laquelle on suture la muqueuse. On assure ainsi l'hémostase et on se réserve la possibilité de remplacer dans quelques jours la mèche par un tube de radium si l'examen histologique l'exige.

Biopsie (Dr Ardouin) : Tumeur mixte, forme acino-canaliculaire et rares pseudo-myochondroïtes.

Le malade sort le 7 mai 1937.

OBSERVATION II (Prof. Lemaître) (Inédite).

Tumeur mixte siégeant sur le côté gauche.

Intervention chirurgicale. Guérison.

Mme L..., 26 ans, entre le 21 octobre 1937, pour une petite tumeur siégeant derrière le pilier antérieur gauche.

Début : La malade s'en est aperçu pour la première fois, il y a 1 an, au cours d'une angine. Ce n'est qu'en juillet 1937 qu'elle s'aperçoit de la persistance de la tumeur qui, par ailleurs, ne lui cause aucune gêne, ni aucune douleur.

Examen : Tumeur faisant bomber le voile du palais du côté gauche, sur le 1/3 moyen de la moitié gauche, au-dessus et au niveau de la luette.

Mobile avec le voile. De la grosseur d'une noisette.

A la palpation, tumeur enchâssée sous la muqueuse, bien limitée. Consistance assez dure.

Pas de ganglions.

Intervention : 23 octobre 1937 (Prof. Lemaître). Anesthésie locale. Après incision du voile, on arrive sur la tumeur du volume d'une petite noix, bien encapsulée qui est extirpée dans sa totalité. Méchage à la gaze iodoformée.

Examen histologique : Tumeur mixte à cellules basophiles. Evolution pseudo-cylindromateuse.

Suites opératoires : Diminution progressive de la cavité opératoire. Attouchements au novarsénobenzol. Léger exsudat disparaissant rapidement.

Sortie le 9 novembre 1937. Cicatrisation complète.

OBSERVATION III (Professeur Lemaître) (Inédite).

Forme plane d'une tumeur mixte siégeant sur le côté droit avec extension vers la région sous et rétro-maxillaire. Intervention chirurgicale par voie buccale.

Mme H..., 63 ans.

Se présente à la consultation de l'Hôpital Lariboisière, se plaignant d'une tuméfaction siégeant dans la partie droite du voile du palais.

Début : L'existence lui en fut révélée il y a 8 ans par le dentiste qu'elle était allée consulter, pour se faire extraire plusieurs dents cariées.

Le dentiste lui fit remarquer que cette tuméfaction de la grosseur d'une cerise compromettrait, à cette époque, la stabilité de la prothèse qu'il avait l'intention de lui confectionner.

Elle consulte un médecin qui ponctionne au bistouri. Il s'écoule du sang et quelques lambeaux de chair (dit la malade).

Après cela, la tumeur grossit progressivement et d'une façon constante, elle envahit peu à peu la région sous et rétro-angulaire droite, tandis que la portion palatine augmente peu de volume.

Troubles fonctionnels : Gêne respiratoire. Ronflement en décubitus.

Aucun trouble de la déglutition ni de la phonation.

Dans ces derniers temps, la malade se plaint de ressentir quelques douleurs dans la région cervicale droite et dans l'oreille droite, surtout quand elle est enrhumée.

Enfin, il y a un mois, elle consulte un O.-R.-L. parce que l'otalgie devient très violente. Il la dirige vers l'Hôpital Lari-boisière.

Examen : A l'ouverture de la bouche, on aperçoit une tuméfaction qui occupe tout l'hémi-voile droit, lequel bombe moyennement en avant. La luette n'est pas déviée.

La tumeur envahit les piliers et l'amygdale qu'elle refoule en bas et en dedans. Elle est mobile, de consistance ferme, indolore. La muqueuse est lisse, tendue et légèrement rouge.

D'autre part, dans la région latéro-cervicale, en arrière de la mandibule, on perçoit une masse du volume d'une prune, allongée de haut en bas et de dehors en dedans, ferme, indolore très mobile sous la peau, moins sur les plans profonds.

A la palpation bi-digitale, on constate que les 2 masses (vélique et cervicale) sont unies.

L'examen des régions ganglionnaires, des fosses nasales, des oreilles est négatif.

La radio montre le squelette indemne.

Intervention, le 7 février 1939 (Prof. Lemaître).

Sous anesthésie au scophédol, complétée par infiltration sous-muqueuse à la novocaïne à 1/100.]

Incision verticale *oblique*, de la muqueuse fortement refoulée par la masse tumorale sous-jacente.

D'emblée, on tombe sur la tumeur, d'aspect lisse. Découverte d'un plan de clivage, facile à suivre en superficie et qui, en profondeur, permet d'isoler la masse des plans pharyngiens et des gros vaisseaux du cou, qui sont refoulés en dehors et en arrière.

L'accouchement de la tumeur est laborieux, étant donné sa masse (une orange), étant donné qu'on ne retrouve plus de plan de clivage à son pôle inférieur qui est adhérent.

Par tractions successives, on arrive à l'extirper ; mais sa capsule est rompue et la tumeur se vide d'une partie de son contenu.

Après exérèse totale, il subsiste une très vaste cavité qui s'étend en bas jusqu'à la région sous angulo-maxillaire.

Examen histologique (Dr Ardoin) : A la périphérie de la préparation qui apparaît bien limitée par une assez mince bande de tissu conjonctif scléro-hyalin, existence de groupes d'acini glandulaires sub-normaux. La tumeur se montre constituée par des éléments épithéliaux et mésenchymateux intriqués ; les éléments cellulaires affectent une disposition trabéculaire ou columnaire, et se montrent plus ou moins tassés les uns contre les autres suivant les différents endroits considérés ; en surface, amas cellulaires excessivement compacts ; la partie centrale, au contraire, ne comporte que des cellules épithéliales dispersées, parmi un stroma imbibé de mucus.

Les cellules revêtent à peu près partout le même aspect : cylindrocubiques, peu volumineuses ; ces cellules rappellent les cellules de l'assise externe des acini glandulaires normaux, et les cellules formant le revêtement des canaux excréteurs extra-lobulaires. Ces cellules sont très basophiles, comportant un noyau arrondi ou ovalaire, généralement granuleux ; le cytoplasme est très restreint et souvent très pâle. Leurs contours cellulaires sont le plus souvent mal définis. On peut observer encore, en de très rares endroits, une évolution malpighienne, avec partie centrale en voie de désintégration. Rareté de cellules cylindro-cubiques éosinophiles groupées autour de cavités tubulaires. D'autres travées sont formées de cellules cubiques ou polygonales sans différenciation bien précise ; en certains endroits, parmi les travées, existence de petits tubes à revêtement épithélial simple ou stratifié, et doublés d'une gaine conjonctive nette ; leur lumière est comblée par un coagulum homogène mucicarminophile.

En certaines zones, les tubes épithéliaux sont limités par une lame collagène dessinant une basale bien précise.

On peut encore observer des plages très étendues réalisant l'aspect myxo-chondroïde, avec égaillage d'éléments cellulaires étoilés, noyés souvent dans une substance presque incolore ; le stroma peut même réaliser des zones myxoïdes typiques. Absence d'évolution cylindromateuse.

En résumé : Tumeur mixte salivaire, forme acino-canaliculaire avec aspects pseudo-chondroïde et myxoïde.

Suites opératoires : simples. Comblement progressif de la cavité, sans incidents infectieux.

On n'envisage pas de compléter l'acte chirurgical par un traitement de radiations.

OBSERVATION IV (Prof. Lemaître) (Inédite).

Tumeur mixte siégeant à droite. Intervention chirurgicale.

M. A..., 27 ans, entre dans le service le 17 mars 1932, pour une tuméfaction du voile du palais.

Début : Apparent il y a 2 mois.

Examen : Tumeur siégeant dans le voile du palais à droite. Dureté uniforme sans bosselure.

Intervention : 18 mars (Prof. Lemaître). Anesthésie locale.

Ablation de la tumeur par morcellement en 3 fragments, car elle est très profonde, très volumineuse (petite orange) avec deux prolongements qui affleurent ; l'antéro-externe, le bord du condyle, le postéro-externe, le pôle supérieur de l'amygdale.

Examen histologique : La tumeur est essentiellement constituée par un complexe épithélio-mésenchymateux avec prédominance de proliférations conjonctives.

Les éléments épithéliaux sont constitués de formations canaliculaires, acineuses ou tubuleuses. Très nombreuses petites cavités comportant un contenu d'aspect muqueux ou colloïde.

D'autres travées cellulaires sont beaucoup plus compactes ; elles sont constituées essentiellement de cellules basophiles à noyaux arrondis fortement colorés et à cytoplasme pâle peu abondant.

Par ailleurs on peut observer des amas ou colonnes de petites cellules foncées, très polymorphes, arrondies en virgule, parfois pourvues de fins prolongements cytoplasmiques avec début de différenciation adamantinoïde.

Absence de monstruosité nucléaires ou cytoplasmiques ; absence de karyokinèses typiques ou atypiques.

Le tissu interstitiel prend une très grande part dans l'architecture tumorale, revêt les aspects les plus variés soit fibroblastique banal ; soit myxoïde, soit hyalin.

Il y a une véritable intrication entre les éléments épithéliaux et le tissu mésenchymateux : mais de très grandes plages de tissu pseudomyxochondroïde forment autant de lobes d'étendue variable ; à leur périphérie, l'effilochage et la dislocation des éléments épithéliaux sont des plus nets.

En un point très limité de la tumeur, on peut observer encore quelques lobules constitués de cellules disposées en amas compacts ; ces lobules sont souvent centrés par des cavités généralement petites à contenu mucoïde réalisant assez bien une ébauche de corps oviformes ; mais cette évolution cylindromateuse est incomplète en raison même du tissu conjonctif fibroblastique, organe qui borde ces éléments épithéliaux.

Absence de tout phénomène d'évolution épidermoïde.

En résumé : Tumeur mixte salivaire banale avec plages pseudomyxochondroïdes très étendues.

Aucun caractère de malignité.

Le malade sort le 26 mars 1932, en bonne voie de cicatrisation.

OBSERVATION V (Prof. Lemaître) (Inédite).

Récidive d'une tumeur mixte siégeant à gauche après 20 ans. Le premier diagnostic avait été : sarcome du maxillaire supérieur. Intervention chirurgicale.

M^{me} C..., 69 ans, entre à l'Hôpital Lariboisière le 11 janvier 1939.

Se plaint depuis 2 mois d'une gêne à la déglutition pour les aliments solides, les liquides passent facilement. Elle attribue cette gêne à une angine tenace et se décide alors à consulter.

Il y a 20 ans elle s'est présentée déjà au service de l'hôpital Lariboisière pour une tuméfaction siégeant dans l'hémivoile gauche.

1^{re} intervention : le 28 mai 1919 par le Prof. Sébilleau qui diagnostique un sarcome du maxillaire supérieur.

Il pratique un large évidement sans cependant recourir à la résection totale de l'hémi-maxillaire.

Il subsiste une large brèche. Après cicatrisation complète on applique, pour obturer cette communication bucco-sinusale, une plaque de vulcanite portant sur sa face supérieure un volumineux champignon de caoutchouc mou.

La malade, guérie, reste pendant cette période de 20 ans parfaitement tranquille.

Examen : On observe :

— un large orifice au niveau du maxillaire, cicatrisé, témoin de l'ancienne intervention.

— une tuméfaction importante de l'amygdale gauche, refoulant la luette à droite, repoussant le pilier antérieur en dehors, le pilier postérieur en dedans et bombant elle-même très en dedans.

Cette masse n'est ni bourgeonnante, ni ulcérée, elle ne saigne pas au contact. Elle semble être légèrement mobile sur les plans profonds.

Sa consistance est de moyenne dureté. Pas de douleurs, ni provoquées ni spontanées.

Pas d'adénopathie.

Assez bon état général.

On pratique un prélèvement pour un examen biopsique (14 janvier).

« Biopsie négative. Lésions inflammatoires banales du tissu amygdalien ».

2^e *intervention* : 20 janvier 1939 (Dr J. Broutmann). Anesthésie locale.

On décide de tenter, en premier lieu, d'enlever l'amygdale, si c'est possible, afin de pouvoir mieux examiner le pilier postérieur totalement caché par la tuméfaction.

On décolle le pilier antérieur, on trouve un bon plan de clivage.

Hémorragie importante. On suture les 2 piliers ensemble et l'on mèche la cavité occupée antérieurement par la tumeur.

Examens histologiques (Dr Ardoin) : 1^o Le fragment n'a intéressé que du tissu amygdalien assez peu remanié par des phénomènes inflammatoires : l'épithélium comporte des lésions hyperplasiques discrètes ; les cryptes sont encombrées de polynucléaires.

et de cellules desquamées en voie de dégénérescence. Les follicules lymphoïdes présentent une disposition architecturale parfaite, les centres clairs germinatifs tranchent parfaitement sur le fond de la préparation. Assez nombreux vaisseaux gorgés d'hématies et de polynucléaires.

En résumé : amygdalite subaiguë sans caractère spécifique.

2° Le 2^e fragment se montre envahi, en totalité, par un néoplasme assez bien délimité par endroits par une fine capsule conjonctive hyaline. Prolifération des éléments épithéliaux et conjonctifs avec prédominance épithéliale.

La disposition architecturale des éléments épithéliaux est excessivement tourmentée, les aspects les plus variés peuvent être réunis : amas, tubes, traînées cellulaires. Quels qu'ils soient tous ces éléments comportent des contours festonnés pourvus à certains endroits d'anastomoses compliquées. Les cellules les constituant réalisent un aspect macromorphe : petites cellules arrondies ou ovalaires à cytoplasme très imprécis, déformées parfois par barrement réciproque.

Cytoplasme acidophile. Noyaux assez chromophiles.

De très rares éléments ont gardé encore une polarité sécrétoire.

Le tissu conjonctif cloisonne d'une manière générale assez grossièrement tous ces éléments épithéliaux, parfois il les pénètre, réalisant de très minces axes conjonctivo-vasculaires, parmi les éléments néoplasiques. Le stroma se présente le plus fréquemment sous la forme hyaline, très pauvre en cellules fixes, ou la forme pseudo-myoïde ; néanmoins on peut constater la présence de plages parfois très étendues réalisant l'aspect pseudo-myo-chondroïde. En un certain point très limité, présence de plusieurs fentes lancéolées, disloquées correspondant vraisemblablement à des cristaux de cholestérine dissous par les réactifs.

La tumeur est très vasculaire (vaisseaux congestifs souvent très volumineux) et comporte aussi des plages hémorragiques vraisemblablement imputables au traumatisme opératoire.

Absence de phénomènes de kératinisation ou de parakératose.

Conclusion : Tumeur mixte atypique, forme trabéculaire à cellules basophiles et éosinophiles, index karyocinétique nul ; malgré l'importance de la prolifération épithéliale. Cette tumeur ne paraît pas comporter un pouvoir de malignité élevé.

Les suites opératoires sont normales.

La malade sort le 13 février, la plaie étant complètement cicatrisée.

Elle a pu presque aussitôt après l'intervention porter à nouveau sa prothèse palatine qui aura besoin d'être légèrement modifiée.

OBSERVATION VI (D^r Huet) (Inédite).

*Tumeur mixte siégeant à droite. Intervention chirurgicale.
Récidive de type épithélioma 2 ans après. Intervention chirurgicale.*

M^{me} B..., 70 ans, présente depuis 15 ans environ une tumeur de la voûte palatine.

Le début s'est fait au niveau de la voûte par une petite grosseur qui a augmenté rapidement, atteignant en un an, le volume actuel. Jamais de douleurs, sauf depuis ces derniers jours, ce sont ces douleurs qui conduisent la malade à consulter. Elles intéressent le territoire du trijumeau.

Il y a 14 ans, la malade a été opérée à l'hôpital Saint-Jacques d'une occlusion intestinale, on avait à cette époque constaté la présence de cette tumeur, mais conseillé l'abstention opératoire.

L'examen montre une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, de consistance ferme et élastique, de surface lisse et régulière, implantée sur la partie postérieure et droite de la voûte palatine et s'étendant jusqu'au rebord gingival.

La tumeur ne semble pas être adhérente à l'os.

Il n'y a pas d'adénopathie.

1^{re} intervention : Le 29 juin 1936 à l'hôpital Laennec par le D^r Huet.

Tumeur mixte de la voûte palatine très encapsulée, très facilement clivable.

Examen histologique (D^r Delarue) : Image caractéristique de la tumeur dite « mixte » des glandes salivaires et des glandes péri-buccales.

Formations épithéliales très polymorphes, de nombreuses évolutions épidermoïdes pourvues de kératinisation centrale.

Stroma très polymorphe également fibreux ou avec dégénérescence hyaline ou muqueuse, quelques îlots de métaplasie cartilagineuse.

Tumeur histologiquement très encapsulée pouvant être considérée comme bénigne.

En mai 1938 : La malade revient se plaignant de douleurs plus violentes et plus marquées que la première fois, à type névralgique dans le territoire du nerf maxillaire supérieur droit en particulier celui du nerf sous-orbitaire.

Léger bombement du palais et voussure de la fosse canine.

C'est une masse lisse de consistance demi-molle soulevant la face jugale du maxillaire supérieur droit.

A l'examen nasal, la paroi du méat inférieur de la fosse nasale droite est refoulée en dedans.

La radio montre le maxillaire supérieur droit opaque en son entier.

2^e intervention : Le 21 mai 1938 à l'hôpital Saint-Louis par le Dr Huet. Sous-anesthésie générale au Schleich avec la pipe de Delbet.

On part pour un Denker élargi.

On tombe sur un orifice osseux, large comme une pièce de 2 francs, par où la masse tumorale s'extériorise sous le périoste externe.

Ablation de masses fongueuses englobant tout le sinus maxillaire dont les parois sont envahies et détruites,

— en avant, vers la joue et la fosse comme en dedans, vers la fosse nasale, paroi ethmoïdo-nasale ;

— en arrière et en dehors, vers la fosse ptérygo-maxillaire ;

— en bas vers la muqueuse palatine, qu'elles refoulent.

Après l'intervention, les douleurs régressent progressivement.

Examen histologique (Dr Delarue) : Epithélioma spino-cellulaire typique.

1^o Traitement du 14 au 25 juin 1938, 22 séances de rayons X, 2 fois par jour, tous les jours alternativement sur chaque côté par doses progressives de 200 r. à 2.200 r. sous 200.000 volts à 0 m. 40 de distance filtrés par 2 m.m. cuivre et 2 m.m. aluminium.

2^o Traitement du 15 novembre au 13 décembre 1938 à nouveau, 24 séances de rayons X de 200 à 2.400 r. ; au cours des

3 dernières séances l'irradiation est faite sur le champ buccal (200 à 600 r.).

Le 18 novembre 1938 la radio du crâne (face et profil) montre un squelette qui semble normal.

Le 5 décembre 1938 lors d'une visite on constate que la voûte palatine semble bomber davantage, la pommette est plus saillante.

L'épithélioma poursuit son évolution, on envisage si c'est possible, une nouvelle application de rayons X.

OBSERVATION VII (D^r Huet) (Inédite).

Tumeur mixte du côté droit.

Intervention chirurgicale suivie de radiumthérapie.

M^{me} R..., 63 ans, est porteur *depuis 30 ans* d'une tumeur palatine siégeant à droite n'apportant aucune gêne fonctionnelle ni douleurs.

Depuis 3 ans apparaissent des douleurs très profondes à type névralgique à gauche, sans qu'il y ait modification apparente de la tumeur.

La malade prétend qu'elle aurait déjà subi, dans la bouche, une intervention chirurgicale faite par le D^r Réal à Lariboisière, mais elle ne peut en préciser ni la date, ni la nature. Les recherches dans les archives des divers services de cet hôpital ne nous ont pas permis d'en retrouver trace.

La malade entre à l'hôpital Saint-Louis le 9 juin 1937.

L'*examen* montre une tumeur bilatérale, de la grosseur d'une prune.

— la muqueuse qui la recouvre est saine et lisse.

— de consistance irrégulière ferme par endroits, mollassée à d'autres.

— indolore à la palpation.

A l'examen nasal, on trouve le plancher des fosses nasales fortement soulevé.

— pas d'adénopathie.

Intervention : Le 22 juin 1937 à l'hôpital Saint-Louis par le Dr Huet.

Exérèse par clivage conduisant sur le plancher de la fosse nasale gauche et le sinus.

Ablation d'une partie du rebord maxillaire droit.

La tumeur se clive facilement. Dans sa moitié droite elle est de consistance ferme, dans sa moitié gauche, friable et très infiltrante.

Dans cette région on est forcé de procéder par morcellement.

Examen histologique (Institut du cancer de Villejuif) : 25 juin 1937.

Epithélioma de forme très curieuse, tantôt glandulaire à cellules claires, tantôt malpighien spino-cellulaire. Assez faible activité mitotique.

Stroma peu abondant mais très dense, quelques foyers cholestéatomateux.

Présence çà et là de placards calcifiés.

Il semble donc, en résumé, qu'on soit en présence d'une tumeur développée aux dépens des annexes glandulaires de la muqueuse.

Le 16 juillet 1937 : Elle est dirigée vers le service stomatologique, pour avulsion de 4 dents du maxillaire supérieur et confection, d'une prothèse porte-radium.

Radiumthérapie : Le 3 août 1937 à l'aide de l'appareil porte-cellules (3 cellules de 2 mgr.) laisse en place 62 heures.

On observe, par la suite, la fonte complète des bourgeons.

Le 6 septembre 1937 : Prélèvement d'un petit bourgeon sur le voile pour examen de contrôle.

Examen histologique (Institut du cancer de Villejuif).

Le prélèvement examiné montre un épithélium partiellement malpighien, partiellement respiratoire, souvent hyperplasique recouvant, en partie, un tissu conjonctif riche en collagène, pourvu d'un certain nombre de cellules inflammatoires polymorphes. On note quelques petites formations épithéliales en profondeur, malgré ce fait, rien ne permet de conclure, au niveau de ce fragment, à une lésion maligne.

Le 26 novembre 1937 : Pose d'une prothèse palatine obturatrice.

OBSERVATION VIII (D^r Huet) (Inédite).

Tumeur mixte du côté droit. Intervention chirurgicale. Guérison.

M. L..., 37 ans. Le malade vient consulter pour une tumeur de la moitié droite et postérieure du palais.

C'est une tumeur arrondie, bien limitée, dure, indolente, recouverte d'une muqueuse très vascularisée.

Son début remonte à 5 ans, elle augmente progressivement de volume.

Aucune gêne fonctionnelle, pas de douleur, pas d'adénopathie.

Intervention : A l'hôpital Saint-Louis le 19 février 1938 par le D^r Huet sous-anesthésie locale.

Exérèse chirurgicale, la tumeur se clive facilement.

Examen histologique : Il s'agit d'une tumeur nettement limitée par une capsule fibreuse continue. Elle est formée par des plages cellulaires épithéliales d'aspects fort divers.

Certaines sont larges, vaguement arrondies, parfois anastomosées les unes avec les autres, et constituées par de petites cellules arrondies ou polyédriques indifférenciées ; en elles, s'observent, de place en place, quelques rosettes acinoïdes ou des cavités glanduliformes.

D'autres sont constituées par la juxtaposition de formations médulaires de type canaliculaire à revêtement cubique.

Mais les formations les plus nombreuses, peut-être, sont de type malpighien. Elles réalisent des plages arrondies, petites, de cellules malpighiennes centrées par une « perle » cornée, qui leur donne l'aspect de globes épidermiques typiques. En certaines d'entre elles on peut retrouver une structure canaliculaire qui révèle l'origine métaplasique de ces globes épidermiques.

Le stroma est inégal et irrégulier ; tantôt fibreux et fibrohyalin, tantôt lâche et œdémateux, myxoïde, on n'y voit ni cartilage, ni os.

En résumé, image d'une tumeur dite mixte avec prédominance des éléments malpighiens.

Il n'y a pas eu de traitement par radiation.

Le malade est revu 8 mois après, guéri.

OBSERVATION IX (Dr Rossert) (Inédite).

Tumeur mixte du côté droit. Intervention chirurgicale. Guérison.

M^{me} R..., 63 ans. Tumeur du volume d'une prune, au niveau du palais à droite et débordant légèrement la ligne médiane à gauche, de consistance ferme.

Débute il y a 6 ans, mais progression rapide ces temps derniers.

Pas de douleurs, pas d'adénopathie.

La masse parfaitement circonscrite. La fibro-muqueuse amincie mais non ulcérée est recouverte d'un fin réseau vasculaire.

La malade signale des hémorragies spontanées qui seraient assez abondantes depuis quelques mois.

Fosses nasales, normales.

Intervention : Le 25 février 1937. Anesthésie locale.

Incision circonscrivant la tumeur et énucléation facile en totalité.

Le fond de la cavité ne paraît pas macroscopiquement suspect.

Examen histologique (Institut du cancer de Villejuif). — 26 février 1937. Sous un épithélium parakératosique, on trouve une tumeur formée par des proliférations épithéliomateuses glandulaires typiques se présentant tantôt sous forme de volumineuses travées pleines avec parfois vagues apparences malpighiennes, tantôt sous forme acineuse ou glanduliforme, tantôt sous forme canaliculaire. On trouve, en de nombreux points, des aspects cylindromateux. Certaines zones, enfin, paraissent un peu vésiculaires et renferment un produit de sécrétion vaguement colloïde. Assez faible activité mitotique.

Stroma fibreux, dense, renfermant en quelques points de rares formations glandulaires muqueuses normales. La tumeur paraît assez bien limitée ; latéralement, il existe une sorte de capsule, mais en profondeur, on trouve une infiltration et une destruction presque complète du tissu osseux (petit fragment prélevé à part) et l'on voit des boyaux épithéliomateux arriver presque au contact de la muqueuse endonasale. A ce niveau, nombreux foyers hémorragiques avec quantité très considérable de pigment ocre.

En résumé : Il s'agit d'un épithélioma glandulaire parti d'une annexe de la muqueuse. La malignité en a été peut-être relativement réduite pendant longtemps (aspect cylindromateux), mais il semble qu'il s'agisse actuellement d'une tumeur franchement maligne.

La malade est revue en octobre 1937. Parfait état local. Les bords de la perte de substance sont en excellent état. Une prothèse doit être appliquée.

Revue à nouveau en décembre 1938, en parfaite santé.

OBSERVATION X (Dr Truffert) (Inédite).

Tumeur mixte du côté gauche. Intervention chirurgicale.

Récidive 2 ans après. Radiothérapie. Guérison.

Mme S..., 56 ans. Tumeur mixte du voile. Développée dans la moitié gauche. Contours mal limités. Semble peu mobile.

Intervention : 24 septembre 1934. Anesthésie locale.

Incision, clivage. Exérèse complète difficile.

Examen histologique : Tumeur mixte adamantinoïde avec quelques globes épidermiques. Nombreuses travées fibreuses avec quelques plages de cellules conjonctives. *Commencement de dégénérescence maligne.*

Récidive. Le 20 juin 1936. Revue avec une récidive et ulcération débordant vers la portion antérieure.

On pose sur l'ulcération 2 tubes de 2 mgr. de radium laissés en place 4 jours (212 mgr. heures).

Bonne réaction et cicatrisation.

Revue en 1938, la guérison se maintient.

OBSERVATION XI (Dr Truffert) (Inédite).

Tumeur mixte du voile siégeant à gauche.

Intervention chirurgicale. Guérison.

Mme S..., 32 ans. Tumeur au voisinage du pôle supérieur de l'amygdale gauche s'étendant dans le voile vers la voûte.

Consistance dure.

Intervention : Le 28 février 1928. Anesthésie locale. Incision de la muqueuse. Enucléation totale.

Examen histologique : Tumeur mixte des glandes salivaires typiques.

Revue 4 ans après, pas de récurrence.

OBSERVATION XII (D^r Truffert) (Inédite).

Tumeur mixte du côté gauche. Intervention chirurgicale. Guérison.

M^{me} D..., 33 ans. Tumeur mixte du voile.

Développée dans la région amygdalienne gauche et gagnant la ligne médiane, et débordant à droite vers le palais osseux.

Intervention : Le 30 novembre 1933. Anesthésie locale. Enucléation facile. 1 point de suture (soie).

Examen histologique : Prélèvement constitué par des travées d'os. Métaplasie épithélio-conjonctive, cellules mésenchymateuses dont la disposition et l'aspect histologique fait préciser la nature sarcomateuse.

Revue en 1936. Pas de récurrence. Parfait état buccal et général.

OBSERVATION XIII (D^r Houzel).

Tumeur mixte du côté gauche. Intervention chirurgicale.

Homme de 36 ans. Il y a 2 ans, commence à souffrir un peu de la gorge en avalant et en parlant ; de plus, il a ressenti une légère sensation de gêne au niveau du cou. En examinant sa gorge il aperçoit sur la ligne paramédiane gauche du voile du palais mou, une petite nodosité à peine comme un noyau de cerise et aussi une rougeur diffuse du pharynx et du voile du palais du même côté.

Puis, pendant 2 mois, cette tumeur augmente régulièrement en se portant vers la partie externe du voile, gagnant le pilier antérieur de celui-ci. Tout en se développant, elle occasionne des

troubles fonctionnels qui croissent en raison directe du développement de la tumeur.

Troubles fonctionnels : Déglutition : Ce sont les moins marqués, la tumeur latérale permet le passage des aliments ; c'est plutôt une gêne pour les aliments solides. Jamais de rejet par les fosses nasales.

Phonation : La voix est indistincte, les mots ne sont plus articulés.

Respiration : Narine gauche toujours bouchée, enchifrènement nasal de ce côté. La nuit dans le décubitus, les troubles augmentent empêchant le malade de dormir. Ronflements très intenses.

En outre *douleurs névralgiques* hémifaciales gauches et surtout de l'otalgie gauche discontinue. Souvent douleurs dentaires du côté gauche.

Pas d'adénopathie.

Depuis 2 mois l'évolution de la tumeur est devenue plus rapide. Les signes fonctionnels sont très intenses, cependant le malade garde un bon état général.

Examen : Dure au toucher, non mobile, arrondie, d'aspect lisse cette tumeur se prolonge surtout du côté des choanes et de l'apophyse pterygoïde.

Intervention : Exérèse par la voie buccale. Après section de la muqueuse, on ne peut l'énucléer dans son entier, et l'on procède par morcellement. Hémorragie peu abondante. La tumeur enlevée, on se trouve en présence d'une grande cavité dans l'épaisseur même du voile mou que la tumeur a dédoublé.

Suites opératoires des plus bénignes.

Examen histologique : On rencontre divers tissus :

1^o Du cartilage constituant encore la moitié de la masse néoplasique. Ce cartilage est formé de grosses cellules très irrégulières présentant généralement une capsule et entourées de chondrine. Ces cellules se rencontrent en général par groupes et présentent les caractères propres au tissu cartilagineux jeune ;

2^o Du tissu osseux. Les plaques de cartilage calcifié sont très nettes ; ce cartilage est en moindre quantité que le cartilage hyalin, entre lequel il s'insinue irrégulièrement. Il peut être évalué environ au quart de la masse formée par le cartilage hyalin.

3^o De l'*épithélium* présentant le plus souvent à l'examen l'aspect de tubes à lumière tantôt irrégulière, tantôt arrondie, autour desquels on observe le plus souvent deux ou trois rangées de grosses cellules à peu près cubiques.

En d'autres points, l'*épithélium* se présente sous forme de boyaux pleins ou n'ayant, comme lumière, qu'un diamètre insignifiant. Certains de ces tubes présentent une rangée de grandes cellules cylindriques et, même en certains points, de grosses cellules caliciformes.

Enfin, on remarque aussi de nombreuses productions très analogues, comme structure, aux globes épidermiques ou des alvéoles remplis de grandes cellules pavimenteuses.

Tous ces tissus sont enchevêtrés les uns dans les autres sans aucun ordre.

On remarque, entre les tissus épithéliaux, une petite quantité de tissu conjonctif fibreux et quelques vaisseaux à endothélium bien visible.

OBSERVATION XIV (D^r Souchet J. A.).

*Tumeur mixte siégeant à droite. Intervention chirurgicale.
Récidive après 6 mois. Curiethérapie. Guérison.*

Femme de 62 ans, vient en mai 1923 pour des *épistaxis* répétées de la narine droite, ainsi qu'une *obstruction nasale* considérable affectant les deux narines gênant la déglutition, empêchant tout sommeil.

Examen : A l'examen rhinoscopique on reconnaît que l'obstruction nasale a pour cause principale une véritable soufflure en dos d'âne du plancher nasal paraissant résulter du développement d'une néoformation ayant son origine dans la région buccale.

A l'examen de la cavité buccale, au niveau de la région vélo-palatine droite, présence d'une volumineuse tumeur ovoïde, faisant étroitement corps avec le voile. S'étendant du voisinage des arcades dentaires au pôle supérieur de l'amygdale, débordant largement en dedans le raphé médian, recouverte d'une muqueuse ayant conservée son aspect normal.

Cette tumeur est molle et indolore dans toute son étendue.

Wassermann négatif. Pas d'adénopathie.

Diagnostic : Tumeur mixte du voile.

Intervention (14 mai 1923) : Tumeur étroitement adhérente aux tissus environnants. Pas de plans de clivage. Enlèvement à l'aide d'une grosse curette. Méchage de la cavité à la gaze iodée formée.

Examen histologique : A la coupe : aspect de gelée sanguinolente.

Histologiquement : « Tumeur mixte caractérisée par l'abondance du tissu muqueux et par des amas cellulaires présentant des globes cornés. »

Suites opératoires : Nez débloquent, respiration meilleure, la plaie palatine se referme par bourgeonnement. Exeat le 14 juin.

Récidive : Revient au début de novembre, se plaint d'une obstruction nasale intense, sécrétions muco-purulentes abondantes, céphalée persistante ayant son siège dans la région occipitale.

A l'examen : masse volumineuse à la région opérée. Il s'agit d'une récidive 6 mois après.

Curiethérapie (26 nov.) : Six aiguilles de bromure de radium piquées en couronne dans la tumeur (trois aiguilles de 6 mgr. 5, et trois aiguilles de 3 mgr., en tout : 28 mgr. 5). L'application a duré du 28 novembre à 9 heures jusqu'au 30 novembre à 9 heures, soit 48 heures.

Résultats : En retirant les aiguilles on constate une hyperémie et un gonflement déjà marqué du néoplasme, ainsi qu'une zone très légère de sphacèle frappant la partie la plus superficielle de la muqueuse.

Revue le 11 février 1924 : Réaction très intense des tissus irradiés, paraissant en voie de ramollissement et de sphacèle ; par l'orifice des aiguilles sourd un pus jaune, fétide. Bouffissure marquée de la face et du cou. L'état général paraît mauvais. Douleurs très vives. T. : 37°8 le matin, 38°5 le soir.

Revient le 23 mai avec les apparences d'une bonne santé. Après avoir gardé le lit jusqu'à la fin février, dans la nuit du 28 février elle expulse des morceaux sphacelés de la tumeur.

A l'examen : Orifice du volume d'un gros pois donnant accès

dans une assez vaste cavité, paraissant creusée dans un dédoublement du voile et qui n'est que le logement déshabité de la tumeur, dont on ne retrouve plus trace. Cette cavité présente un court trajet qui vient s'ouvrir au niveau du plancher de la fosse nasale droite.

Examen rhinoscopique : Affaissement marqué du soulèvement du plancher nasal. Les cornets sont dégonflés, les narines ont récupéré leur fonction normale.

Depuis l'auteur a eu l'occasion de revoir la malade à plusieurs reprises en excellent état et sans aucune récurrence.

OBSERVATION XV (Dr Williams G.).

Tumeur mixte du côté gauche. Intervention chirurgicale.

Femme de 64 ans, admise le 16 avril 1936. Elle se plaint d'une volumineuse tuméfaction au-dessus de l'antre maxillaire gauche, ayant débuté 2 ans 1/2 auparavant et qui, progressivement, a augmenté de volume. Ponctionnée à deux reprises, il s'écoula par l'aiguille un peu de liquide sanguinolent.

A l'examen : Sur la voûte palatine une tuméfaction dure, irrégulière, ayant l'aspect d'un cancer.

Pas d'adénopathie.

Une radio indique son extension dans l'antre du maxillaire gauche.

Intervention : Excision de la tumeur et drainage de l'antre.

Cicatrisation de la plaie par première intention.

Examen histologique : Tumeur mixte salivaire présentant la structure habituelle du tissu fibreux et divers types d'épithélium, des tubes de cellules cylindriques ; quelques alvéoles contenant du colloïde, des cellules détachées dans une matrice muqueuse et un épithélium squameux kératinisé.

Cet examen suggère que la tumeur était plus maligne que ce n'est le cas habituellement.

OBSERVATION XVI (D^r Mayer O.).

Tumeur mixte à droite avec aspect malin d'emblée. Muqueuse ulcérée. Perforation palatine. Intervention chirurgicale.

Tumeur *ulcérée* du volume d'une cerise de la moitié droite du voile du palais.

Examen histologique : Tumeur mixte des glandes salivaires avec dégénérescence maligne au début.

Intervention : Incision curviligne et résection de la tumeur libre limitée. En même temps il se produit une perforation du palais, qu'on répare au moyen d'un lambeau muco-périosté pédiculé du palais osseux.

Depuis un an aucune récidive.

L'auteur signale qu'à la Société viennoise d'O. R. L. ; Weil rapporte un cas analogue.

OBSERVATION XVII (D^r Gourlay J. S.).

Tumeur mixte à droite avec ulcération de la muqueuse. Intervention chirurgicale.

Homme de 39 ans, consulte le spécialiste pour l'ablation d'une tumeur de la voûte palatine, qui gêne la pose d'une prothèse dentaire. Cette tumeur existe aussi loin qu'il pût s'en rappeler. Elle mesure 5 cm. × 4 cm. 1/2 et siège à droite.

La muqueuse est bien mobile au-dessus de la tumeur, sauf à un endroit ulcéré au point le plus profond de la tumeur.

Intervention : Par une incision elliptique, la tumeur est énucléée de la capsule. Elle était légèrement adhérente à l'alvéole de la canine droite. Le palais est très élevé et forme une cavité qui enferme le tiers de la tumeur.

Examen histologique : Tumeur mixte typique des glandes salivaires. Par place on trouve des cellules épithéliales en amas, par place une dégénérescence myxomateuse, aussi des acini glandulaires et du pseudo-cartilage.

OBSERVATION XVIII (Dr Goldsmith et Ireland).

*Tumeur mixte à droite avec un aspect malin d'emblée.
Deux traitements de radium.*

C. A..., 33 ans, admis le 1^{er} novembre 1934.

A l'examen : Tumeur à la voûte du palais s'étendant en avant jusqu'au milieu du palais dur et en arrière jusqu'aux limites postérieures droites du voile du palais. La surface était surélevée et un peu irrégulière, mais recouverte par une muqueuse intacte.

Examen histologique : Tumeur mixte présentant une dégénérescence maligne au début (1^{er} nov. 1934).

1^{er} traitement :

Radium : Trois aiguilles de platine de 2 mgr. et une de 1 mgr. furent insérées dans la masse pendant 120 heures, donnant un dosage total de 1.320 mgr. heures.

Suites éloignées 1^{er} février 1935 (3 mois après. Le malade présente une *fistule bucco-nasale* à bords épaissis.

Biopsie de contrôle : Toujours type de tumeur mixte mais sans la dégénérescence précédemment relevée.

2^e traitement :

16 avril 1935 : *Radium*. Cinq aiguilles de platine de 1 mgr. furent insérées d'une manière rayonnante s'étendant du bord de l'ulcère et laissées pendant 120 heures, donnant un dosage de 600 heures.

20 septembre 1935 : Le malade est incapable de porter la plaque dentaire faite pour fermer sa fistule. L'orifice est devenu plus grand qu'avant la dernière radiation et les bords sont toujours épais.

OBSERVATION XIX (Dr Goldsmith et Ireland).

*Tumeur mixte du côté droit. Récidive après 15 ans.
Intervention chirurgicale.*

E. W..., 51 ans, admis le 28 février 1935 se plaignant d'une tumeur au palais, présente depuis *vingt ans*.

C'est en 1914 que le malade s'est aperçu pour la première fois d'une tuméfaction siégeant dans son palais. Cette tumeur augmenta et fut enlevée chirurgicalement en 1920. Quelques années après il s'aperçut de sa *récidive*.

Troubles fonctionnels : A son admission elle était assez volumineuse pour le gêner dans sa déglutition et pour causer une obstruction à la respiration.

A l'examen : Masse nodulaire lisse du côté droit du voile du palais du volume d'environ un citron. Elle était plus à droite et envahissait la fosse sus-amygdalienne droite mais sans atteindre la paroi pharyngienne latérale. La luette était repoussée à gauche, la masse s'étendait au delà de la ligne médiane. Le palais osseux n'était pas envahi. A la palpation la tumeur paraissait encapsulée, mobile, avec quelques nodules durs dans la profondeur.

Aucune ulcération, aucune adénopathie cervicale.

A la biopsie on constate qu'il s'agit d'une tumeur mixte de glande salivaire.

Intervention : Anesthésie intratrachéale à l'éther.

En position de Rose. Après une incision elliptique la masse est énucléée. Présence d'une capsule avec des extensions nodulaires qui la traversent. Toute la tumeur est enlevée en son entier, la muqueuse palatine suturée.

Traitement : On envisage une série de séances de radiumthérapie de manière à prévenir une récidive.

Les auteurs font remarquer qu'à la suite de son opération le malade présente un palais intact avec des mouvements du voile normaux ; résultats qu'ils n'auraient pas obtenus s'ils avaient employé la diathermie.

OBSERVATION XX (Dr Goldsmith et Ireland).

*Tumeur mixte siégeant à gauche. Echec du radium
puis intervention. Guérison.*

P. S..., âgé de 59 ans, admis le 4 avril 1934, se plaint d'une angine légère depuis deux semaines.

Le malade ne se rappelle pas le début de sa tumeur palatine.

A l'examen : Une masse du volume d'un petit citron sur le palais mou à gauche. Elle envahit le côté gauche du nasopharynx et déplace la luette avec l'amygdale correspondante à droite. L'aspect est celui d'un abcès péri-amygdalien. La palpation ne révèle aucune ulcération et aucune adénopathie cervicale.

Biopsie : Tumeur mixte des glandes salivaires.

Traitement : *Radium*. On donne au cours d'une période de trois semaines 42.000 mgr. heure. La réaction cutanée fut favorable avec de l'épithélite de la surface muqueuse, mais aucune diminution du volume de la tumeur, malgré qu'on ait trouvé un certain ramollissement central.

On pratique à deux reprises une série d'applications du radium sans succès. On conseille l'ablation chirurgicale.

Intervention (Ether intratrachéal) : Trachéotomie préliminaire.

On s'efforce de disséquer toute la tumeur *in toto*. Ceci se montra impossible, par suite des zones, cicatricielles variables et des zones de ramollissements, vraisemblablement dues à la radium-thérapie antérieure.

On enlève cette masse par fragments et on suture la brèche palatine. Pas de perforation. A la fin de l'opération on enlève le tube à trachéotomie et l'on ferme la plaie cervicale.

Le malade est revu deux ans après indemne de tout symptôme et ne présentant aucune récurrence tumorale dans le palais.

OBSERVATION XXI (D^r Goldsmith et Ireland).

Tumeur mixte siégeant à droite. Radium. Guérison.

L. B..., 48 ans, admis le 12 mai 1934.

Tuméfaction du palais du côté droit.

Début remontant à 2 mois.

A l'examen : Tumeur du voile du palais à droite du volume d'une olive. Elle présente un certain nombre d'érosions grisâtres d'où, à l'expression, s'évacue une matière un peu caséeuse.

A la biopsie : Tumeur mixte du type salivaire similaire à la glande parotide.

Traitement : Radium. Six aiguilles de platine de 1 mgr. insérées dans la tumeur et laissées pendant 120 heures, donnant un dosage total de 720 mgr. heure.

Résultat : En janvier 1936 le malade est revu avec un excellent résultat. Il n'y a qu'une petite zone cicatricielle au palais et aucune trace de récurrence.

OBSERVATION XXII (D^r Rhoads J. E. et Mecray P. M.).

Tumeur mixte. Intervention. Récurrence 11 ans.

Intervention chirurgicale suivie de radiothérapie. Guérison.

Cas de tumeur mixte du voile du palais, qui fut enlevée pour la première fois en 1914. En 1925 le malade remarqua une légère tuméfaction au même endroit qui, au cours de l'année, grossit lentement, mais d'une manière continue.

Intervention : En 1935, la tumeur fut enlevée, mais la capsule fut lésée.

Traitement : 2 semaines après irradiation post-opératoire et guérison ; 11 mois après indemne de récurrence.

L'aspect histologique était celui des tumeurs mixtes de la parotide ; le tissu prédominant était du type à cellules fusiformes.

Diagnostic : Tumeur mixte du type cylindromateux.

Ce qui est remarquable dans ce cas, c'est l'intervalle indemne de récurrence de 11 ans avec croissance lente pendant dix autres années suivantes. L'abandon de reliquats de la capsule au cours de l'opération a dû favoriser la manifestation des récurrences.

Comme traitement, il faut envisager l'ablation opératoire radicale avec irradiation consécutive (quand des reliquats capsulaires ont été laissés).

OBSERVATION XXIII (D^r Boyko, G. V.).

Tumeur mixte siégeant à droite. Intervention chirurgicale.

Femme de 32 ans, admise le 13 février 1925 pour une tuméfaction du palais ayant débuté quatre ans auparavant. Au début

grosse comme une bille, elle augmenta progressivement jusqu'à occuper l'espace entre la ligne médiane du palais à la région molaire opposée. Indolore. Deux ans auparavant cette tumeur fut ponctionnée, il s'en écoula du sang, écoulement qui persista pendant quelques minutes.

A l'examen : Tumeur avec un revêtement muqueux, d'environ le volume d'une grosse noix, s'étendant du bord gingival des molaires droites jusqu'à 6 mm. des molaires gauches et du bord postérieur du palais osseux jusqu'à 25 mm. du bord gingival des incisives. Aucune métastase. Bon état général.

Intervention : 26 février 1935. Anesthésie à l'éther.

Enucléation en masse de la tumeur. On fut obligé d'enlever une portion considérable de la muqueuse palatine avec la tumeur, le siège de la tumeur se comble d'un tissu granuleux par-dessus lequel l'épithélium s'étendit graduellement. La masse tumorale était contenue dans une capsule fibreuse et adhérente au palais par un pédicule large et aplati à droite de la ligne médiane. A cet endroit résorption osseuse notable du palais : au centre de cette région, l'os manquait entièrement formant une lacune de 3 mm. de diamètre.

Examen histologique : Nodules et cordons de cellules épithéliales rondes et ovales dans un riche réseau conjonctif. Par places la substance intercellulaire de la matrice du tissu conjonctif était si abondante qu'elle formait des bandes nettes. Il existait de nombreuses régions de dégénérescence mucoïde se colorant d'une manière diffuse en bleu. Dans de pareilles régions, les cellules épithéliales étaient gonflées et les noyaux accumulés à la périphérie de la cellule. A d'autres endroits, ces cellules avaient une disposition suggérant des formes glandulaires. Pas de mitoses. Les vaisseaux sanguins étaient abondants et relativement larges.

D'après l'auteur cette tumeur ferait partie du groupe des tumeurs mixtes.

OBSERVATION XXIV (D^r Stich R.).

Homme de 30 ans, siège de la tumeur sur le palais osseux, dimension d'une amande. Excision cunéiforme. Histologiquement le diagnostic de tumeur mixte salivaire se trouve confirmé.

OBSERVATION XXV (D^r Driver J. R.).

Tumeur mixte. Curiethérapie. Guérison.

Chez un homme de 42 ans au niveau de la voûte on trouve une tumeur du volume d'une olive. *Début remonte à 10 ans*, elle était alors du volume d'un petit pois et n'a pris son développement actuel que depuis deux ans.

Examen : La surface paraît lisse, rose-bleuâtre avec quelques vaisseaux superficiels, isolés, visibles. A la palpation sa consistance est ferme, élastique ; elle donne l'impression d'un kyste entouré d'une capsule solide. Aucune mobilité, la muqueuse recouvrante est solidement adhérente.

A la biopsie : Tissu tumoral sous une membrane muqueuse recouverte d'une couche intacte d'épithélium. Entre l'épithélium et le tissu tumoral, mince couche de tissu conjonctif. Les cellules tumorales variaient d'une forme en fuseau à une forme cuboïde. Ces dernières formaient le revêtement de petites alvéoles contenant une substance acédophile homogène. La tumeur elle-même était irrégulière irriguée par des vaisseaux et parsemée de larges travées hyalines.

Traitement : *Radium*. Application d'une durée de 7 jours (850 mgr. heure) la tumeur régresse très lentement. Après 10 semaines, régression complète avec cicatrice à peine visible.

OBSERVATION XXVI (D^r Roy J. N.).

Tumeur mixte siégeant au côté droit. Intervention chirurgicale. Guérison.

P. R..., 23 ans, présente une petite tumeur sur la voûte palatine.

Début : Un an auparavant, le côté droit de son palais commença à augmenter de volume. Il n'a jamais éprouvé un traumatisme quelconque dans la bouche. Le traitement consista seulement en gargarismes antiseptiques.

A l'examen : On trouve une tumeur oblongue d'environ 3 cm. de longueur et 2 cm. 1/2 de largeur, dont le centre était en face de la seconde molaire supérieure du côté droit. Elle était en contact avec cette dent et se terminait sur le raphé médian de la voûte palatine.

Les amygdales et le rhino-pharynx étaient normaux.

Précautions pré-opératoires : Avant l'opération, l'auteur demanda à un de ses collaborateurs de faire une prothèse, en tenant compte de l'anatomie normale du palais, après ablation de la tumeur.

Une empreinte de la voûte palatine et des dents fut prise. On confectionna un modèle reproduisant la forme de la tumeur.

La tuméfaction sur le modèle en plâtre fut complètement enlevée de manière à obtenir la forme de la voûte palatine normale.

Sur ce modèle rectifié, on fabriqua une plaque palatine en vulcanite munie de crochets métalliques encerclant des dents pour assurer sa stabilité.

Cette prothèse devait s'adapter parfaitement à la surface des tissus.

Quelques trous forés dans la plaque palatine permettant le drainage post-opératoire indispensable.

Intervention : 21 mars 1935. Anesthésie locale par la novocaïne-adréraline.

Incision de 3 cm. au-dessus de la partie médiane de la tumeur, parallèle à l'arcade dentaire supérieure à droite. L'ablation de la tumeur fut particulièrement aisée, sans hémorragie appréciable. On appliqua deux points de suture à la soie aux 2 extrémités de l'incision, pour maintenir la coaptation et immédiatement après on plaça la prothèse qui s'adapta parfaitement à la voûte palatine.

Les suites post-opératoires furent très simples la prothèse était enlevée de temps en temps pour permettre l'asepsie de la cavité buccale. A partir du 4^e jour, la cicatrice était si solide que l'auteur enleva les points de suture, se fiant à la prothèse pour le soutien futur. Le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri au bout de huit jours.

Le malade fut revu dix-sept mois après. La guérison resta définitive et la cicatrice était à peine perceptible.

Examen histologique : La tumeur est nécrosée en grande partie. Les tissus périphériques sont de nature épithéliale et conjonctive.

Les éléments épithéliaux forment parfois des tubes glanduliformes serrés les uns contre les autres, à d'autres places, des travées malpighiennes caractéristiques avec des filaments d'union. Par-ci et par-là, au centre de certaines travées malpighiennes il y a des cavités entourées par des cellules cubiques ou prismatiques.

L'élément conjonctif est représenté par des îlots scléreux ou fibro-hyalins parfois en continuité avec les formations épithéliales.

L'aspect histologique est celui d'une tumeur mixte d'une glande salivaire.

OBSERVATION XXVII (D^r Jankowski W.).

Tumeur mixte de la luette, aspect malin d'emblée.

Intervention chirurgicale.

Relation d'un cas de tératome de la luette chez une femme de 48 ans, qui se plaignait depuis déjà un certain temps de maux de gorge et d'un mauvais goût dans la bouche. A la *place de la luette* l'auteur trouva une tumeur du volume d'une noisette, ronde, lisse, dure, peu mobile, recouverte d'une muqueuse normale.

L'examen histologique de la tumeur enlevée indiqua une tumeur mixte, constituée par des éléments conjonctifs et épithéliaux aux divers stades de développement. Entre les éléments épithéliaux on put trouver des éléments cancéreux typiques. Il s'agissait donc d'une dégénérescence maligne d'un tératome.

En ce qui concerne la localisation des tératomes du voile du palais, on ne les a jamais trouvés sur la ligne médiane, d'habitude ils siègent sur le côté droit ou gauche du palais.

L'auteur n'a pu relever aucun cas de tératome de la luette dans la littérature ; il considère son cas comme unique.

OBSERVATION XXVIII (D^r Lanos et Aladgemoff).

Tumeur mixte avec pénétration dans le sinus maxillaire. Perforation palatine. Récidive 18 mois après au niveau de la joue.

Présentation d'une malade opérée 18 mois auparavant pour une tumeur développée dans le voile du palais.

C'était une tumeur bénigne ayant l'aspect histologique typique des tumeurs mixtes des glandes salivaires et dont un prolongement, après avoir perforé la voûte palatine, allait dans la cavité du sinus maxillaire.

Actuellement présence d'une *récidive jugale*, apparue depuis un mois, de la grosseur d'une petite mandarine, et qui se prolonge également jusque dans la région malaire.

Il est à noter que cette récidive est apparue très rapidement dans l'espace d'un mois.

OBSERVATION XXIX (D^r Pelligrini E.).

Tumeur mixte siégeant à droite. Echec de la radiumthérapie puis électrocoagulation.

Chez un homme de 39 ans, évolution d'une tumeur depuis 4 ans, à partir d'une surélévation grosse comme un petit pois, siégeant en regard d'une molaire droite (qui fut extraite). Consistance molle, revêtue d'une muqueuse normale, comprenant le tiers postérieur de la voûte et envahissant le voile du palais.

A l'examen radiologique : Destruction osseuse dans la région de la paroi postéro-interne du sinus maxillaire et de l'apophyse ptérygoidienne.

La *première biopsie* indique une tumeur mixte adénomateuse, la surface muqueuse jusque-là intacte s'ulcère après cette intervention ; une *deuxième biopsie* révèle un endothéliome.

Ces variétés de tumeurs se caractérisent cliniquement par l'absence de métastases ; cependant les tumeurs mixtes sont plus bénignes que les endothéliomes.

Traitement : Radium appliqué à deux reprises ne donne aucun résultat clinique, ce qui parle aussi en faveur de l'endothélium. Par suite, destruction de la tumeur par l'électrocoagulation.

OBSERVATION XXX (Dr Heitz).

Tumeur mixte siégeant à gauche. Intervention chirurgicale précédée de la ligature de la carotide externe. Guérison.

Homme de 43 ans, admis le 2 janvier 1933.

Début : Il y a un an, apparition d'une petite tumeur au niveau du voile du palais, à droite de la luette, peu gênante, indolore.

A l'examen : Volumineuse tumeur enchâssée dans la portion droite du voile du palais, développée au contact de la loge amygdalienne, refoulant nettement la luette du côté gauche. Elle tombe en avant, comblant en arrière une partie du naso-pharynx.

Intervention : 5 janvier 1933 : Dans un premier temps ligature de la carotide externe.

14 janvier 1933 : Après anesthésie du nerf maxillaire supérieur et infiltration locale autour de la tumeur.

Incision ovoïde du voile du palais : on trouve un plan de clivage et on procède à l'énucléation progressive de la tumeur qui est difficile au niveau de son prolongement naso-pharyngé. La tumeur encapsulée est ainsi extirpée en totalité sans incidents.

Dimensions de la tumeur : 8 à 9 cm. de longueur sur 4 à 5 cm. de largeur.

L'examen histologique : Tissu constitué par un stroma fibro-cartilagineux légèrement inflammatoire au niveau duquel on trouve des lobules épithéliaux, sans apparence de malignité. Il n'y a pas de mitoses ni d'anomalies cellulaires.

Diagnostic : Tumeur mixte non dégénérée.

Actuellement, le malade va bien, la cicatrisation du voile du palais s'est faite normalement et rapidement, le voile est mobile et ses mouvements s'effectuent facilement.

OBSERVATION XXXI (D^r Tanemura T. et Totoya B.).

Homme de 54 ans présentant sur le voile du palais une tumeur ovulaire, du volume d'environ un œuf de poule, de consistance élastique, molle. Le revêtement muqueux de la tumeur est intact et bien mobilisable au-dessus de la tumeur.

Intervention : Extirpation de la tumeur sous-anesthésie locale.

Diagnostic étiologique : Chondromyxoendothéliome.

Les auteurs terminent en rapportant 42 cas d'endothéliomes du palais relevés dans la littérature japonaise.

OBSERVATION XXXII (D^r Jarman T. F.).

Tumeur mixte. Intervention chirurgicale. Guérison.

Jeune homme de 17 ans souffrant d'une tuberculose abdominale.

Au cours de l'examen on découvre incidemment une tumeur du palais du volume d'une noisette située au centre du voile du palais ; elle est de consistance très ferme et malgré qu'elle soit peu mobile, elle ne donne pas l'impression de naître du palais osseux.

Intervention : 30 mai 1933. Enucléation très aisée. Peu d'hémorragie, suture de la muqueuse palatine au catgut fin. Cicatrisation rapide, par première intervention.

Aspect macroscopique : Tumeur grosse comme une noisette, légèrement lobulée, irrégulièrement sphéroïdale, de consistance très ferme, entourée d'une capsule fibreuse épaisse.

A la coupe : Lisse, dense, blanchâtre avec des points jaunâtres d'aspect hyalin.

Histologiquement : Tumeur entourée par une capsule fibreuse bien formée, constituée en partie par des cellules à noyaux angulaires à coloration intense, disposées par places en colonnes irrégulièrement ramifiées et à d'autres endroits présentant une tendance à une formation canaliculaire et acineuse. Dans certaines parties, altérations dégénératives et métaplasie résultant en la formation d'un matériel myxomateux et pseudocartilagineux.

L'auteur conclut à une *tumeur mixte*.

Revu un an après, aucune récurrence.

OBSERVATION XXXIII (D^r Hill F. T.).

Tumeur mixte siégeant à gauche. Intervention chirurgicale.

Femme de 36 ans. Présente une tuméfaction au palais, depuis *quatre ans*, dont le volume n'augmente pas, qui n'est ni douloureuse, ni sensible, mais gênante.

A l'examen : Tumeur ferme, d'environ 1 cm. de diamètre, au niveau du bord postérieur du palais osseux, à gauche de la ligne médiane.

Intervention : Anesthésie à la novocaïne des nerfs palatins postérieurs. La muqueuse est incisée et la tumeur énucléée : suture à la soie.

Examen macroscopique : *A la coupe*, plusieurs petits îlots qui semblent être du cartilage, de 1 mm. de diamètre. Le reste de la tumeur est humide, brillant et relativement mou.

Examen histologique : La tumeur ressemble plus ou moins intimement aux tumeurs mixtes des glandes salivaires. Les cellules épithéliales se présentent en bandes et en cordons, sans formation glandulaire définie et sont intimement incluses dans un stroma, soit hyalin, soit mucineux. Cette tumeur est très cellulaire et présente des mitoses occasionnelles, si bien qu'on ne peut exclure un certain degré de malignité.

Diagnostic : Tumeur mixte atypique du type glande salivaire.

OBSERVATION XXXIV (D^r Stobie H.).

Tumeur siégeant à gauche. Intervention chirurgicale.
Guérison.

Homme de 65 ans présentant une tuméfaction marquée sur le côté gauche de son palais, ayant débuté *30 ans* auparavant. Depuis un an augmentation progressive de la tumeur.

Troubles fonctionnels : Aucune douleur, mais devenant progressivement gênante par son volume.

A l'examen : Tumeur lisse, arrondie du volume d'une noix à,

gauche du palais s'étendant au delà du rebord alvéolaire édenté jusque dans le sillon buccal externe ; en arrière, elle envahit le voile du palais. Muqueuse d'aspect normal.

Intervention : 20 avril 1934. Sous anesthésie intra-trachéale à l'oxygène et éther.

Incision curviligne convexe le long du bord interne du rebord alvéolaire.

Enucléation totale de la tumeur.

Tamponnement de la plaie par la « paraffine flavine ». Pas de suture.

Aspect macroscopique : A la coupe, la tumeur est solide. Le stroma est en partie fibreux, en partie myxomateux, contenant de nombreuses masses et des colonnes de cellules épithéliales. Par places, les cellules forment des alvéoles nets, contenant des sécrétions acidophiles.

Diagnostic : Tumeur salivaire mixte.

Suites opératoires : Irrigations fréquentes de la plaie qui était devenue très fétide. Pendant quelques jours douleurs et difficulté dans la déglutition, puis amélioration progressive.

Revu le 1^{er} juin et 11 septembre 1934. Les tissus étaient fermes et non altérés, la muqueuse paraissait normale.

OBSERVATION XXXV (D^r Lorenzo A.).

Tumeur mixte du palais.

Description d'un fibroangiochondroendothéliome du palais. Cette tumeur au cours d'une évolution de 30 ans est arrivée à mesurer 6 × 5 × 4 centimètres.

La tumeur fut enlevée sous anesthésie locale.

OBSERVATION XXXVI (D^r Evans W. G.).

Tumeur mixte siégeant à droite et kyste dentaire à évolution palatine concomitant. Radiumthérapie. Radionécrose.

Femme de 60 ans, chez qui survient pour la première fois une tumeur du voile du palais en 1909.

En 1914, on extirpa un kyste du voile du palais.

En 1925, réapparition des douleurs à l'endroit précédent ; cependant la malade ne fut opérée qu'en 1931, cette fois-ci pour une tumeur, un kyste ayant son siège au milieu du palais dur. La tumeur fut enlevée.

En 1934, il y avait deux petites tuméfactions des deux côtés de la ligne médiane, de nouveau sur le voile du palais ; en outre innltration du voile du palais, à droite.

Au cours de l'année suivante, il se forma une petite tumeur sur le palais dur au voisinage de la prémolaire droite. Cette tumeur fut enlevée dans un but d'un *examen histologique* : indépendamment de la présence d'éléments d'un endothéliome, le diagnostic indique : « tumeur mixte de la glande salivaire ».

La malade fut traitée pendant 8 semaines par le *radium*.

Pendant 18 mois, on obtint un effet favorable et durable.

Il ne subsiste qu'une petite ulcération dans la région de la cicatrice après la première opération sur la base d'une radio-nécrose, de même une infiltration du voile antérieur à droite.

OBSERVATION XXXVII (D^r Bilinkis G. et Kablukova N.).

(2 cas).

Description de deux cas de tumeurs du palais chez une femme de 67 ans et un homme de 35 ans.

Ces tumeurs furent facilement énucléées.

Les tumeurs étaient bénignes, composées d'éléments conjonctifs et épithéliaux.

Diagnostic : Tumeurs mixtes du palais.

OBSERVATION XXXVIII (Hiraoka R.).

Il s'agissait d'un chondromyxoendothéliome du voile du palais chez une jeune fille de 18 ans.

OBSERVATION XXXIX (D^r Sasaki H.).

*Tumeur mixte siégeant à droite. Intervention chirurgicale.
Guérison.*

Homme de 28 ans, avec voussure du palais dur à droite.

Aucun trouble. Soupçon d'un cancer du maxillaire supérieur.

Examen : La tumeur, grosse comme l'extrémité du pouce, un peu enflammée, siège sur le palais dur à droite ; elle ne présente aucune ulcération ; elle n'est pas sensible à la pression. En partie ferme, en partie pseudo-fluctuante.

Intervention : Extirpation de la tumeur, diagnostiquée bénigne.

Guérison sans incidents.

Histologiquement : Tumeur mixte, en partie épithéliale, en partie endothéliale, prenant naissance d'une glande salivaire.

OBSERVATION XL (D^r Howarth W.).

Tumeur mixte de la parotide droite opérée. Récidive au niveau du palais du côté droit, 22 ans après. Intervention chirurgicale suivie de curiethérapie. Nouvelle récidive à nouveau, au niveau de la parotide droite, 2 ans après. Intervention chirurgicale.

Homme qui, 22 ans auparavant, avait subi l'ablation d'une tumeur typique mixte de la parotide droite.

Actuellement présente une grosseur au palais.

Examen : Petite tumeur lisse du volume d'un œuf de pigeon du côté droit du voile du palais. Les bords de la tumeur sont mal limités, elle est peu mobilisable.

Intervention : La plus grande partie de la tumeur s'énuclé facilement, mais la partie profonde est solidement adhérente le long du bord de l'apophyse ptérygoïde.

L'opérateur réussit à l'enlever mais il subsiste une surface rugueuse.

Traitement : Craignant la possibilité d'une extension en profondeur, on introduit 4 aiguilles de radium de 1 milligramme

chacune dans la partie profonde de la plaie et qu'on laisse en place pendant 5 jours.

La cicatrisation se fit d'une manière satisfaisante et le palais redevint normal.

Examen histologique : Aspect typique d'une tumeur mixte de la parotide.

Récidive : Deux ans après, le malade revient avec une masse apparue dans la *région parotidienne droite*.

On trouve une tumeur nodulaire ferme, du volume d'une noix.

Après l'ablation, l'*examen histologique* montre l'aspect identique à celui de la tumeur enlevée dans le palais, 2 ans plus tôt.

Il est intéressant de noter qu'il s'est écoulé, dans ce cas, un intervalle de 22 ans entre la tumeur primitive de la parotide et celle du palais et que la récidive dans la parotide s'est produite aussitôt après l'ablation de la tumeur palatine.

Il est possible, que la partie profonde de la tumeur palatine ait été en continuité directe avec la région parotidienne et que le radium (à une dose relativement faible) tout en détruisant les cellules tumorales dans la région ptérygoidienne ait excité les cellules qui se trouvaient situées plus profondément.

OBSERVATION XL *bis* (Dr Howarth W.).

Tumeur mixte avec atteinte du palais osseux.

Intervention chirurgicale.

L'auteur cite, également, le cas d'une « tumeur mixte » volumineuse.

Elle existait déjà depuis de nombreuses années et malgré qu'elle progressait très lentement, on pense qu'elle pouvait être maligne.

Elle envahit une grande partie du palais dur ainsi que le voile, mais il ne semblait pas y avoir d'infiltration des tissus voisins.

Elle était très lisse, la muqueuse qui la recouvrait était intacte.

L'exérèse fut faite au bistouri. Lors de l'intervention on cons-

tata que la tumeur avait érodé une grande partie du palais dur, mais à cet endroit l'os était lisse et ferme.

L'examen histologique confirma le diagnostic de tumeur mixte typique.

OBSERVATION XLI (D^r Ombrédanne M.).

Tumeur mixte de la région amygdalo-palatine gauche diagnostiquée primitivement par le laboratoire comme épithélioma typique. Intervention chirurgicale précédée d'une ligature de la carotide externe. Récidive après 6 ans. 2^e intervention chirurgicale.

M^{me} G..., 54 ans, avait été opérée par nous il y a 6 ans (avril 1929) dans le Service de M. Bourgeois ; elle présentait une volumineuse tumeur de la région amygdalo-palatine gauche. Une biopsie pré-opératoire avait montré qu'il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire typique à globes cornés.

Intervention : Sur la foi de cette biopsie, nous avons fait une ligature préalable de la carotide externe gauche, puis enlevé en bloc au bistouri électrique la tumeur vélo-palatine et l'amygdale, en achevant l'intervention par une coagulation des parois de la vaste brèche opératoire. Un petit ganglion, situé à l'origine du tronc thyro-linguo-facial, avait été prélevé au cours de la ligature de la carotide ; l'examen histologique avait montré qu'il était le siège d'un envahissement épithéliomateux très limité.

Les *suites opératoires* furent assez simples et la malade quitta le Service le 20^e jour, après retouche à la coagulation diathermique d'un gros bourgeon du pilier postérieur gauche. Puis elle fut perdue de vue pendant 6 ans.

Récidive : Quelle n'est pas notre surprise de la voir revenir au mois de janvier 1935, dans le Service de M. Hautant à l'Hôpital Tenon, en nous demandant de la réopérer.

Elle s'était très bien portée jusqu'au mois d'août dernier, mais depuis cette date une tumeur était réapparue dans la partie gauche de son voile, au même endroit que la première fois, puis avait grossi petit à petit, gonflant la joue, gênant la mastication, modifiant même depuis peu l'élocution.

Examen : La région palato-amygdalienne gauche apparaissait comblée par une masse pâle, bosselée, lisse, dure, sillonnée de trainées scléro-cicatricielles. Elle semblait, au palper, s'étendre loin en arrière, loin également en dehors vers la région parotidienne et même en avant vers la joue.

Ferme, indolore, cette tumeur bosselée non ulcérée ne s'accompagnait d'aucune adénopathie cervicale ni sous-maxillaire.

Fort étonné de voir récidiver, à si longue échéance, un épithélioma dont l'exérèse n'avait probablement pas dû être complète et pensant à une tumeur mixte, nous faisons une nouvelle biopsie qui montre cette fois l'existence, dans tous les fragments examinés, d'une tumeur mixte sans aucune dégénérescence épithéliomateuse.

2^e intervention : La malade est réopérée le 26 janvier, sous anesthésie générale au chloroforme par sonde nasale. Après incision para-médiane gauche de la face buccale du voile, nous abordons la tumeur qui, malheureusement, du fait de la première intervention ne se laisse pas cliver. Il faut sculpter au bistouri, en passant au plus près de la face profonde de la buccale, deux lambeaux palatins latéraux. Puis à la pince de Luc, morceler de proche en proche la plus grande partie de la tumeur, sous forme de masses blanc-grisâtre, fermes, ayant absolument l'aspect d'un néoplasme.

Cette résection, comme le faisait prévoir la radiographie, s'étend très loin en arrière et en dehors vers la région ptérygoïdienne dont certaines limites osseuses, et en particulier l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde paraissent détruites ; la région sous-parotidienne est, elle aussi, évidée en grande partie, à la pince.

Cette intervention est presque exsangue, et nous pouvons suturer le voile du palais aux crins, sur un tamponnement de sécurité, enlevé 24 heures après. La malade quitte le Service le 12^e jour, entièrement cicatrisée.

Nous avons, au cours de l'opération, prélevé plusieurs fragments macroscopiquement très suspects : l'examen histologique de chacun d'eux a confirmé l'absence d'épithélioma, et maintenu le diagnostic de tumeur mixte.

OBSERVATION XLII (D^r Ombrédanne M.).

Tumeur mixte siégeant à droite. Intervention chirurgicale. Anesthésie chloroformique par inhalation intratrachéale après trachéotomie temporaire.

M^{me} B..., 35 ans, vient consulter en janvier 1935, pour une légère gêne de la parole, un peu de surdité gauche et un peu de nasonnement.

Examen : Or, cette malade qui n'accusait aucun trouble fonctionnel important, qui n'était gênée ni au point de vue respiratoire, ni au point de vue déglutition, présentait une *énorme tumeur* du voile du palais.

Cette tumeur d'un volume tout à fait exceptionnel (mandarine) occupait les trois quarts de la surface normale du voile : elle bombait au centre de la cavité buccale en surplombant la base de la langue, mais développée, à l'origine, dans la moitié droite du voile du palais, elle était devenue médiane en repoussant à gauche l'hémi-voile gauche et la luette.

Si bien que cette malade avait un orifice bucco-pharyngé complètement latéralisé à gauche, réduit aux dimensions les plus minimes, puisqu'il admettait à peine l'index ; et pourtant elle n'accusait aucune gêne ni pour respirer ni pour avaler !

Cette tumeur arrondie, lisse, de coloration rose pâle, non ulcérée, absolument indolente, donnait, au palper, une impression de fermeté élastique, comme celle d'un kyste sous tension.

Elle soulevait, en haut la fibromuqueuse qui tapisse le palais osseux en y créant un sillon très net, d'autant plus marqué que le raphé médian était entraîné presque transversalement vers la gauche.

Elle reposait, en bas sur la base de la langue, et la dépression forcée de celle-ci, à l'abaisse-langue, permettait à peine d'apercevoir le pôle inférieur de la tumeur. La région amygdalienne droite était invisible. La palpation du cou était négative.

L'*examen rhinoscopique antérieur* ne montrait pas de voussure du plancher des fosses nasales.

La *rhinoscopie postérieure* et le *toucher rhino-pharyngien* étaient impossibles, du fait de l'extension haute et postérieure de cette énorme masse, et des dimensions très réduites de l'isthme bucco-pharyngé.

Etant donné que cette tumeur s'était, au dire de la malade, très lentement développée (depuis 4 ans au moins) étant donné d'autre part son siège et son aspect, le diagnostic de tumeur mixte était vraisemblable : il devait être confirmé par une biopsie.

Biopsie : L'incision pratiquée en plein centre de la voussure palatine franchit d'abord une muqueuse souple, puis traverse une sorte de coque assez mince. Elle donne issue à un contenu qui s'échappe brusquement de ses lèvres, sous forme de gelée blanc-grisâtre, d'aspect myxomateux, puis de fragments plus fermes, dont certains sont presque cartilagineux.

L'*examen histologique* de ces différents fragments précise qu'il s'agit bien d'une tumeur mixte.

Intervention : Le 25 janvier, sous anesthésie générale, en position de Rose, sans aucune ligature artérielle préalable.

Pensant que l'inhalation d'éther par la bouche serait très difficile, et craignant d'être obligé de tamponner le pharynx ou le cavum, au cours ou après l'extirpation de cette énorme tumeur dont on ne pouvait prévoir à l'avance les limites de l'extension postérieure, nous pratiquons une *trachéotomie temporaire* qui permet d'obtenir par la canule une excellente anesthésie au *chloroforme*.

Nous incisons verticalement le voile notablement à gauche du centre de la tumeur, de façon à nous rapprocher du milieu réel du voile. La tumeur apparaît aussitôt et se laisse cliver d'avec la muqueuse buccale du voile. Sa face antérieure, son pôle inférieur et ses faces latérales sont ainsi dégagées. Par contre, en arrière, elle a détruit la nasale et les adhérences sont intimes avec la face latérale du cavum. Ne parvenant plus à cliver, nous avons recours à la manœuvre suivante : nous évacuons par la brèche de biopsie, la totalité du contenu de la tumeur, grâce à une série de pressions latérales, de bas en haut. Nous transformons ainsi la tumeur en un sac dont l'orifice inférieur répondant à la brèche de biopsie, est saisi et fermé par une pince à traction, dont la

partie moyenne passe à travers les deux lèvres de la buccale, puis franchit la nasale spontanément détruite et les muscles dilacérés, dont le fond adhère fortement, en haut et en dehors, à la région ptérygoïdienne.

Nous pédiculisons alors ce gros sac par torsion sur son axe, et le saisissant avec la puissante pince d'Hautant, le plus près possible de son extrémité supérieure, nous le désinsérons de ses fortes adhérences au cavum. L'extirpation se fait ainsi en totalité sans déchirure de la poche.

La cavité opératoire est très profonde, son fond répond à l'aile ptérygoïdienne dont le crochet dénudé est aisément perçu à bout de doigt. L'absence d'hémorragie dispense de tamponnement. La reconstitution du voile se fait aisément, par suture aux crins fins.

L'intervention se termine par l'ablation de la canule et la fermeture totale de la plaie de trachéotomie, en deux plans.

Les suites opératoires sont très simples : un gonflement sous et rétro-maxillaire droit, apparu le lendemain, disparaît au 3^e jour. Les fils du voile sont enlevés le 8^e jour et la malade sort du Service guérie au 10^e jour avec un voile complètement cicatrisé.

OBSERVATION XLIII (D^r L'Hirondel in thèse J. Nespoulos).

Tumeur mixte siégeant sur le côté gauche.

Intervention chirurgicale.

M. M..., femme de 86 ans, présente une petite tumeur siégeant au palais. Celle-ci a débuté *deux ans auparavant*, sans provoquer de douleurs, mais commençant à gêner le malade par son volume, surtout aux repas.

Examen : La tumeur siège sur la partie latérale gauche de la voûte palatine ; ronde, légèrement ovoïde et grosse comme une petite noix, elle est rouge, lisse, recouverte d'une muqueuse non ulcérée. Elle est adhérente aux plans profonds. Elle est mobilisable, rénitente, tendue, contenant des formations de consistance granuleuse dures.

On diagnostique une tumeur bénigne enchâssée sous la muqueuse de la voûte palatine.

Intervention : 29 septembre 1937. Sous anesthésie locale, on énuclée facilement la petite tumeur bien encapsulée. La plaie se ferme par première intention. Convalescence sans incidents.

Examen histologique : Elle est constituée d'une coque très épaisse, extérieurement arrondie et lisse. En dedans on trouve un tissu glandulaire et malpighien avec de nombreux globes cornés. La pièce présente un aspect pseudokystique, par nécrose et desquamation kératinique de toute sa partie centrale.

A un grossissement plus fort on constate à la périphérie de la préparation des zones ayant la structure des tumeurs mixtes à évolution cylindromateuse. En résumé, dans cette tumeur mixte, on trouve, indépendamment d'une évolution malpighienne épidermoïde très poussée et anormalement importante, des zones pseudo-sarcomateuses, constituées par des groupements de cellules fusiformes, formes cellulaires de transition.

OBSERVATION XLIV

(D^r L'Hirondel et Fleury, in thèse J. Nespoulos).

*Tumeur mixte siégeant à gauche. Intervention chirurgicale.
Persistance d'une fistule bucco-nasale.*

M^{me} N..., âgée de 43 ans, présente une tuméfaction de la voûte palatine dont le début remonte à plusieurs années. Aucune douleur, mais gêne mécanique croissante.

Examen : Tumeur allongée du côté gauche, près des molaires, du volume d'une noix, mollasse, adhérente à la muqueuse et aux plans osseux, avec un orifice fistuleux punctiforme par où ne s'écoule aucun liquide.

Le stylet, introduit par cet orifice, pénètre dans une cavité mal limitée, mais ne peut atteindre l'os.

Rien à la radio. Pas d'adénopathie.

Intervention : 17 février 1938. Sous anesthésie locale.

Incision sur la crête alvéolaire et excision d'un lambeau comportant l'orifice fistuleux. Cette tumeur est constituée par du tissu graisseux, au milieu duquel on note la présence d'un foyer

hémorragique. La tumeur s'est creusée une cavité à la face palatine du maxillaire supérieur ; l'os est respecté.

La tumeur s'énuclée facilement. Mèche iodoformée.

Quelques jours après, la malade signale que les liquides passent par le nez, car une partie du maxillaire n'est pas encore recouverte de muqueuses.

Examen histologique : Tumeur glandulaire présentant par endroits la structure d'une tumeur mixte à caractères cylindromateux.

OBSERVATION XLV (D^r Worms).

Tumeur mixte du côté gauche en imposant au 1^{er} examen pour un accident d'évolution de dent de sagesse. Intervention chirurgicale. Guérison.

Tumeur chez un jeune soldat de 20 ans, apparue à une époque indéterminée et qui n'a attiré l'attention qu'à l'occasion d'un accident de la dent de sagesse.

Examen : Elle se présentait sous forme d'une tuméfaction ovoïde, des dimensions d'une grosse anande, occupant toute la moitié gauche du voile et de la voûte, refoulant la luette du côté opposé. La consistance était ferme ; la pression réveillait une certaine sensibilité, qui semblait être en rapport avec l'évolution de la dernière molaire inférieure gauche. On pouvait se demander si la saillie palatine n'était pas une tumeur inflammatoire d'origine dentaire. Mais la tuméfaction ne céda pas à l'avulsion de la dent.

Wassermann négatif.

Intervention : Sous anesthésie locale.

Enucléation des plus faciles. La tumeur se laissa parfaitement décortiquer, grâce à la présence d'une capsule qui n'adhérait que très faiblement à la muqueuse et à l'os.

La guérison se fit très simplement et se maintint.

Examen histologique : Tumeur mixte active, peu maligne. On y voit d'épaisses travées qui se différencient parfois jusqu'à s'ordonner en bordures de tubes glandulaires à contenu colloïde, mais qui souvent s'éparpillent et s'infiltrant dans le tissu con-

jonctif, montrant des noyaux volumineux, mais jamais de karyokinèse.

Le conjonctif a un squelette fibreux dense dont les travées enferment des îlots parfois considérables de tissu muqueux.

Dans l'une et dans l'autre, les cellules épithéliales infiltrées paraissent présenter toutes les formes de transition avec les cellules conjonctives fines.

OBSERVATION XLVI (D^r Worms).

*Tumeur mixte implantée à droite et débordant la ligne médiane.
Intervention chirurgicale.*

Homme de 34 ans porteur depuis longtemps d'une grosseur au côté droit du palais, indolente et qui le gênait à peine. La tumeur s'accrut jusqu'au point d'occuper toute l'étendue de l'hémi-voûte droite, en débordant même sur la ligne médiane.

L'accroissement avait été rapide dans la dernière année.

La surface de la tumeur légèrement bosselée, de consistance dure.

Wassermann négatif.

A l'opération la tumeur s'énucléa avec facilité. Elle ne contractait d'adhérences nulle part.

Examen histologique : Tumeur mixte dysembryoplastique.

Dans un tissu muqueux, on voit des plages et des boyaux épithéliaux infiltrés jusqu'à l'isolement unicellulaire, c'est-à-dire que la plupart n'ont plus de paroi propre. On leur reconnaît parfois une lumière glandulaire, mais parfois les boyaux ou les plages sont formés de cellules carrelées dont plusieurs subissent l'évolution cornée, on peut même voir quelques globes cornés mal formés.

Malgré cet aspect infiltré, la tumeur reste encapsulée et d'ailleurs on ne trouve dans ses cellules aucune monstruosité cellulaire ni aucune karyokinèse.

Il ne semble pas qu'on ait affaire à une tumeur maligne.

OBSERVATION XLVII (D^r Halphen).

*Tumeur mixte prise pour un phlegmon de l'amygdale.
Intervention chirurgicale. Guérison.*

Etudiant de 20 ans admis avec le diagnostic de phlegmon de l'amygdale. Une incision au bistouri dans ce pseudo-phlegmon n'avait fait sortir que du sang. En réalité il s'agissait d'une *tumeur mixte* qui s'était infiltrée sous la muqueuse du voile du palais jusqu'au niveau de la terminaison du pilier postérieur dans le pharynx. L'opération s'est faite avec une grande facilité, la tumeur s'est énuclée au doigt dès que le plan de clivage fut trouvé et le malade a guéri en l'espace de huit jours sans qu'il reste même trace aujourd'hui de la cicatrice de l'opération, qui paraissait inquiétante à ce moment-là par le développement même de la tumeur.

OBSERVATION XLVIII (D^r Ceypek T.).

Description d'une tumeur du voile du palais chez un homme de 37 ans, qui, cliniquement, présentait un aspect bénin.

La biopsie révéla un endothéliome lymphoïde.

Enucléation sous-muqueuse de la tumeur presque sans hémorragie. Consécutivement guérison.

OBSERVATION XLIX (D^r Barmwater K.).

*Double récidence en 18 ans d'une tumeur mixte
après interventions chirurgicales et radiothérapie.*

Femme de 40 ans, qui, 18 ans auparavant pour la première fois, subit l'ablation chirurgicale d'un endothéliome du palais.

Treize ans après, récidence *in loco*.

La tumeur fut de nouveau enlevée chirurgicalement, en même temps qu'on fit de la radiothérapie.

Cinq ans après nouvelle récidence. L'opération s'avéra plus difficile.

A aucun moment on ne constata de métastase ganglionnaire.

L'histologie de la tumeur fut toujours identique : tumeur mixte endothéliomateuse (toutefois sans cartilage) avec transformation myxomateuse du tissu conjonctif.

OBSERVATION L (D^r Barmwater K.)

Tumeur mixte du palais. Echec de la radiothérapie.

Femme de 25 ans, porteur d'un endothéliome du palais.

La tumeur fut d'abord soumise à la radiothérapie, elle diminue, mais ne disparaît pas complètement. Quelque temps après elle reprend son développement.

On l'enlève chirurgicalement.

OBSERVATION LI (D^r Gernez).

Tumeur mixte. Récidive 6 ans après sous forme maligne.

Electrocoagulation. Guérison depuis 3 ans.

Malade envoyé par M. Lacronique ; tumeur mixte du palais osseux ; il y a 6 ans, extirpation sans aucun incident. Trois ans après, récidive *in situ* sous forme d'épithélioma envahissant la voûte palatine, le sinus.

Je l'ai électrocoagulée, en détruisant les lésions à la demande ; aucun incident ne s'est produit depuis trois ans.

OBSERVATION LII (D^r Davis L. J.).

Tumeur mixte siégeant à droite. Intervention chirurgicale.

Chinois de 27 ans ; histoire d'une tuméfaction indolente survenue depuis *deux ans* du côté droit du palais. Quand le malade le remarqua elle était déjà du volume d'un haricot ; depuis elle se développa lentement et provoqua une certaine difficulté de la déglutition.

A l'examen, il y avait une tumeur rouge, mesurant 1 pouce 1/2

sur 1 pouce, déprimant la luette derrière la langue. La tumeur fut énucléée. Elle consistait en un tissu blanchâtre, ferme, encapsulé par un tissu fibreux.

Examen histologique : Le stroma est composé d'un tissu myxomateux avec des zones de transformation cartilagineuse et du tissu fibreux. Dispersées à travers la tumeur on trouve des cellules ovalaires et polyédriques disposées en grande partie en groupes anastomotiques et en colonnes, avec une tendance à plonger dans le stroma. Les structures tubulaires sont fréquentes et sont limitées en général par deux couches de cellules épithéliales ; leurs lumières contiennent un matériel acidophile. Il existe aussi des espaces plus grands, kystoïdes, contenant un matériel acidophile, d'habitude limité par une simple couche de cellules aplaties, semblant naître des cellules épithéliales déjà mentionnées. Quelques « perles » épithéliales squameuses rudimentaires sont également rencontrées, dont les grosses cellules centrales sont liées entre elles par des fibrilles intercellulaires ; à la périphérie les cellules sont plus petites et tendent à se transformer en une cellule épithéliale ovoïde. Pas de mitoses.

OBSERVATION LIII (D^r Davis L. J.).

Tumeur mixte siégeant à gauche. Intervention chirurgicale.

Femme chinoise de 22 ans ; petite tumeur indolente du côté gauche du voile du palais remarquée pour la première fois *six ans auparavant*. Depuis, elle a augmenté jusqu'à atteindre la dimension actuelle de un pouce de diamètre. Elle n'a jamais été douloureuse, mais ultérieurement la malade éprouva de la *douleur* à la région temporale gauche. Après énucléation, la tumeur présentait une forme ovalaire mesurant 4 × 2 cm. A la coupe, aspect blanchâtre.

Examen histologique : Similaire au cas précédent, mais le stroma est plus abondant, composé en grande partie de tissu myxomateux ; cependant il existe une petite zone de cartilage et quelques zones constituées par beaucoup de cellules de graisse. Dans beaucoup de « perles » épithéliales, les cellules centrales ont subi une

dégénérescence en un matériel acidophile qui dans certains endroits présente une disposition concentrique, suggérant la kératinisation, mais dans d'autres endroits, il est complètement amorphe.

OBSERVATION LIV (D^r Davis L. J.).

*Tumeur mixte. Intervention chirurgicale. Récidive 5 mois après.
2^e Intervention chirurgicale.*

Femme chinoise de 28 ans ; tumeur dure du côté de la voûte palatine remontant à *dix ans*. Elle fut enlevée il y a cinq mois, mais récidiva et a été enlevée actuellement de nouveau. La tumeur représente un corps ovalaire de 1 cm. suivant son axe longitudinal, recouvert d'une muqueuse normale. Elle se coupe difficilement et a un aspect blanchâtre.

Examen histologique : Stroma relativement peu abondant, composé d'un tissu myxomateux et fibreux sans cartilage. Les cellules épithéliales, de forme ovalaire ou polyédrique, régulières, sont très nombreuses et forment des masses s'anastomosant lâchement. Nombreuses structures tubulaires ; les plus petites étant bordées par une double rangée de cellules épithéliales ; mais les plus grandes, les cellules bordantes, sont transformées en épithélium pavimenteux. Beaucoup des espaces sont reliés avec des groupes de cellules épithéliales, tandis que d'autres, les plus grands, ont perdu cette liaison et semblent des kystes ou des tubes isolés. « Les perles » épithéliales sont très nombreuses. A la périphérie elles tendent à se transformer en un type cellulaire épithélial ovoïde. Comme dans l'obs. LIII les cellules centrales paraissent souvent dégénérées en un matériel acidophile.

OBSERVATION LV (D^r Davis L. J.).

Tumeur mixte siégeant à gauche. Intervention chirurgicale.

Femme chinoise, 42 ans ; tumeur du côté gauche de la voûte palatine, remarquée pour la première fois *4 ans auparavant*. La

tumeur n'est ni douloureuse ni sensible, mais il existe un écoulement chronique de la narine gauche. La tumeur semble adhérer au palais osseux, recouverte par une muqueuse intacte et est légèrement fluctuante. Il y a une légère surélévation du plancher de la fosse nasale gauche.

A l'opération, on trouve la tumeur ayant érodé le palais osseux. Enlevée, la structure ovale, lisse, mesure $2 \times 1,5$ cm.

A la coupe, aspect spongieux.

Examen histologique : Stroma rare, consistant surtout en un tissu fibreux, mais avec de petites zones de tissu myxomateux, pas de cartilage. La masse tumorale consiste en cellules épithéliales, du type surtout squameux, suivant une disposition papillomateuse, avec quelques nids cellulaires. Quelques groupes de grosses cellules, naissant apparemment des cellules squameuses, avec un cytoplasme finement granuleux se colorant en rose intense par l'éosine. Présence de structures tubulaires et kystiques, la plupart, limitées par des cellules épithéliales aplaties, tendent à se transformer en cellules squameuses, dans d'autres les cellules de revêtement sont des cellules cylindriques muqueuses. Dans beaucoup de zones : métaplasie apparente de cellules squameuses en cellules cylindriques sécrétant du mucus. Ces dernières sont dispersées sur toute la coupe de la tumeur. La disparition générale des cellules épithéliales et la pauvreté en stroma suggéraient un cancer à cellules basales.

CONCLUSIONS

1. — Les tumeurs mixtes des glandes salivaires du palais sont des tumeurs relativement rares ; elles forment environ 10 % des tumeurs mixtes de la parotide ou de la glande sous-maxillaire.

2. — Ces tumeurs surviennent à tout âge, atteignant indifféremment les deux sexes ; elles ne sont jamais médianes, mais latéralisées, pouvant déborder plus ou moins largement la ligne médiane.

3. — Leur volume est variable : il atteint dans certains cas celui d'une orange. La muqueuse qui les recouvre est, en général, intacte, lisse.

Au toucher ces tumeurs présentent une consistance, tantôt ferme, tantôt molle correspondant aux divers tissus qu'elles renferment.

4. — Leur histogénèse se confond avec celle des tumeurs mixtes des glandes salivaires en général. Tour à tour ont été soutenues, les théories endothéliales et embryonnaires. Actuellement le plus grand nombre d'auteurs se rallie à une origine épithéliale.

5. — L'évolution de ces tumeurs est celle d'une tumeur bénigne ; elle est extrêmement lente et peut s'étendre sur un grand nombre d'années. Elles sont indolentes. Elles ne provoquent par leur volume que des troubles mécaniques : déglutition et phonation.

Souvent passées inaperçues au début, elles sont reconnues fortuitement par le stomatologiste au cours d'un examen.

6. Le pronostic de ces tumeurs, la plupart du temps favorable, doit cependant être envisagé avec une certaine réserve, étant donné leur origine épithéliale, une transformation maligne est toujours possible, comme l'ont démontré quelques observations.

7. -- Le traitement est chirurgical. Il consiste dans l'énucléation complète de la tumeur. Dans les cas où celle-ci est adhérente au plan voisin ou trop friable, on est obligé d'opérer par morcellement.

Quand la tumeur est enlevée incomplètement, elle peut donner lieu à des récidives in loco quelquefois répétées et pouvant prendre parfois l'allure maligne.

Lorsque la perte de substance est importante et qu'elle intéresse le palais osseux, provoquant une communication bucco-nasale, la collaboration du stomatologiste et du chirurgien devient indispensable pour l'établissement d'une prothèse.

La radiumthérapie a été employée seule ou associée. Dans le premier cas elle ne semble pas avoir donné de résultats. Associée à la chirurgie, on doit l'employer à titre préventif, pour empêcher les récidives.

Vu : le Président de la thèse,
LEMAITRE.

Vu : le Doyen
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur : l'Inspecteur de l'Académie,
G. RIMEY.

BIBLIOGRAPHIE

A

- ABSHIER, A. B. — Tumeurs mixtes du palais.
Arch. Dermat. a. Syph., oct. 1935, t. 32, pp. 622-625.
- AIMES. — Cylindrome de la voûte palatine.
Bull. Mém. Soc. anat., Paris, 1922, XCII, p. 187.
- ALAGNA. — Un cas de tumeur mixte du voile du palais.
Ztsch. f. Ohrenh., 1914, t. 70, p. 179.
- ARZELA. — Contribution à l'étude de l'histogenèse et de l'évolution des glandes salivaires.
Arch. ital. di chir., 1922, t. 5, p. 87.

B

- BAKER, A. — Tumeur palato-pharyngienne.
Brit. med. Jour., 1877, t. 2, p. 138.
- BARMWATER, K. — Cas d'endothéliome du palais.
Dänische oto-laryngol. Gesellsch. Copenhague, 6 avril 1932.
- BARNEHOFF, A. — Les tumeurs mixtes du palais.
Thèse Leipzig, 1933, 16 pp.
- BECK, J. C. — Tumeur mixte intra-palatine.
Laryngoscope, juill. 1930, t. 40, pp. 511-524.
- Tumeur mixte intra-palatine.
Tr. Am. Laryng. Rhin. a Otol. Soc., 1930, t. 36, pp. 385-387.
- BERGER. — Tumeurs mixtes du voile du palais.
Rev. de Chir., 1897, pp. 361, 470, 551.

BERGER et BANZET. — Tumeurs mixtes des glandes du voile du palais.

Bull. Méd., 11 mars 1896.

BILINKIS, G. et KABLUKOVA, N. — Tumeurs mixtes du palais.

Zur. usn. Bol., 1933, t. 10, pp. 90-94.

BILLROTH, T. — Observations sur les tumeurs des glandes salivaires.

Arch. f. Path. Anat., 1859, t. 17, p. 357.

BLUMBERG, A. et TERRY, G. H. B. — Tumeur mixte envahissant le palais osseux et le voile du palais ; relation d'un cas.

1^o *South. Med. Jour.*, avril 1931, t. 24, pp. 333-336.

2^o *U. S. Vet. Bur. Med. Bull.*, mai 1931, t. 17, pp. 501-504.

BOGOLJUBOFF, V. L. — Tumeurs mixtes du palais.

Russk. Khirurg. Arkh., 1906, t. 22, p. 841.

BÖTTNER, O. — L'épithéliome sécrétant (la tumeur dite mixte) des glandes salivaires.

Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path., 1921, t. 68, p. 364.

BOURGEOIS, H. — Volumineuse tumeur du voile du palais.

Arch. internat. de laryngol. Paris, 1925, XXI, pp. 701-704 (discussion : Worms, Halphen, Sébilleau).

BOURGEOIS, H. et ILL. — Tumeur péri-tubaire extériorisée dans le voile du palais.

Ann. d. mal. de l'oreille, du larynx, juin 1927, t. 26, pp. 609-610.

BOYKO, G. V. — Tumeur mixte du palais ; relation d'un cas.

Jour. Am. Med. Ass., 1925, LXXXV, pp. 2023-2025.

C

CAPPELLI, L. — Nouvel artifice de technique pour le traitement curiethérapique des néoplasmes du palais.

Valsalva, août 1931, t. 7, pp. 594-598.

CARRARO, A. — Sur la régénération dans les glandes salivaires.

Ztsch. f. Path., 1909, t. 3, p. 26.

CARRUTHERS, D. G. — Tumeur mixte du palais mou ressemblant aux tumeurs mixtes de la glande parotide.

Med. Jour. Australia, 3 déc. 1932, t. 2, p. 692.

- CAUSSÉ. — Les tumeurs mixtes de la parotide.
Ann. d'Oto-Laryngologie, 1931.
- CELLI, P. — Sur le cylindrome de palais.
Frankfurt. Ztsch. f. Path., 1935, t. 47, pp. 469-484.
- CEMACH, A. J. — Tumeur du palais. Endothéliome ? Tumeur mixte ?
Mschr. Ohrenheilk., 1934, t. 68, p. 1012.
- ЧЕЧЕК, Т. — Un cas d'endothéliome du palais.
Polski Przegl. otol., 1932, t. 8, pp. 161-164 ; 368.
- CHAMBERLIN, W. B. — Tumeurs mixtes du type glande salivaire se produisant sur le voile du palais.
Tr. Am. Laryng. Rhin. a. Otol. Soc., 1937, t. 33, pp. 175-179.
- CHAPUT. — Tumeur glandulaire (adéno-myxome) de la voûte palatine.
Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris, 1900, t. 75, p. 906.
- CHEN, H. J. et LOUCKS, H. H. — Tumeurs mixtes des glandes salivaires, étude clinico-pathologique de 45 cas.
Chinese Med. Journ., févr. 1923, t. 47, p. 138.
- CHENET, H. — Prothèse bucco-nasale.
Bull. Mens. Dentiste militaire, mars 1934.
— Les fractures du maxillaire supérieur.
Bull. Mens. Dentiste militaire, mars 1937.
— Lésions des tissus de recouvrement et direction prothétique.
Bull. Mens. Dentiste militaire, janv. 1938.
- CHEVASSU, M. — Tumeur de la glande sous-maxillaire.
Rev. Chir., t. XVI, pp. 145-150.
- CHIARIELLO, A. G. — L'endothéliome du palais.
Stomatol. Milano, 1924, XXII, pp. 606-609.
- CHLOPIN, N. — Sur les cultures *in vitro* des tissus des mammifères avec considération particulière de l'épithélium. 2. Culture de la sous-maxillaire.
Virch. Arch. f. path. Anat., 1923, t. 243, p. 373.
- CHO, S. — Sur trois cas d'endothéliome du palais.
Taiwan Igakkai Zashi, janv. 1938, t. 137, p. 164.
- CITELLI, S. — Sur un cas important d'endothéliome du palais traité par l'auto-vaccinothérapie.
Tumori, Roma, 1921, VIII, pp. 298-306.

- COENEN, H. — Sur les tumeurs du palais.
Arch. f. klin. chir., 1905, t. 75, p. 542.
- COFFIN, L. A. — Tératome du voile du palais.
Tr. Am. Laryngol. Ass., 1909, t. 31, p. 221.
- COLLET. — Tumeurs mixtes des glandes salivaires des lèvres.
Thèse Paris, 1895.
- CORDES, H. — Un cas d'endothéliome myxomatoïde du voile du palais.
Dtsch. med. Woschr., 1900, t. 26, p. 560.
- CRUET et COUSTAING. — Tumeur mixte post-dentaire de la voûte palatine.
Rev. de Stomat., 1912, t. 19, p. 353.
- CUNEO et VEAU. — Sur l'origine branchiale des tumeurs mixtes cervico-faciales. Branchiomes cervico-faciaux.
Congrès intern. Médecine, Paris, 1900. *Sect. Chir. Gén.*, p. 278.

D

- D'AUNOY, R. — Tumeurs mixtes du palais.
Am. Journ. Path., mars 1930, t. 6, pp. 137-146.
- DAVIS, L. J. — Tumeurs mixtes du palais (relation de 4 cas).
Journ. Path. a Bact., sept. 1935, t. 41, pp. 189-192.
- DELAFONTAINE, L. — Enorme tumeur palatine.
Arch. prov. de Chir., 1893, t. 2, p. 249.
- DELBET. — Cyliindromes.
Traité de Chirurgie Le Dentu-Delbet, t. I.
- DENKER, A. et KAHLER, O. — Les maladies des voies aériennes et de la cavité buccale.
Berlin. Handb. d. Hals. Nasen- Ohrenheilkunde, 1929, t. V.
- DENTICI, S. — Hémangioendothéliome du palais.
Tumori, 1930, t. 16, pp. 549-564.
- DILLANGE. — Etude anatomo-pathologique des tumeurs dites « mixtes » des glandes salivaires.
Thèse Paris, 1933.
- DONATI, G. S. — Sur une singulière multiplicité néoplasique pri-

mitive, endothéliome du voile du palais et cancer mammaire.

Stomatol., sept. 1935, t. 33, pp. 830-852.

DRIVER, J. R. — Tumeur mixte du palais, relation d'un cas.

Arch. Dermat. a. Syphilis, janvier 1936, t. 33, pp. 73-84.

DUFOURMENTEL, R. — Tumeurs d'inclusions faciales.

Mém. Acad. de Chir., 3 juin 1936, t. 62, pp. 793-798.

DUTHILLET DE LA MOTHE. — A propos des observations de cylindrome publié par Hautant.

Ann. Mal. Oreilles, 1926, p. 797.

E

EGGERS, H. E. — Tumeurs mixtes du palais.

Arch. Pathol., sept. 1928, t. 6, pp. 378-395.

EHRICH, E. — Des tumeurs des glandes salivaires.

Beitr. z. Klin. Chir., 1906, t. 51, p. 368.

EISEN, R. — Sur une tumeur particulière au palais osseux. Une contribution à la casuistique des tumeurs du palais.

Thèse Königsberg, 1934, 25 pp.

ERRECART, P. L. et SAMENGO, L. — Tumeur mixte du palais.

Rev. de especial., août 1928, t. 3, pp. 369-371.

EVANS, W. G. — Tumeur mixte du palais.

Brit. med. Journ., 5 déc. 1936, t. 2, p. 1141.

EWING, J. — Les cancers épidermoïdes radiosensibles.

Am. Jour. Roentg., avril 1929, t. 21, pp. 313-321.

— Lymphoépithéliome.

Am. Jour. Path., mars 1929, t. 5, pp. 99-107.

F

FICK, J. — Sur les tumeurs dites mixtes de la région parotidienne et sur la question de l'endothéliome.

Virch. Arch. path. Anat., 1909, t. 197, p. 472.

FINDER, G. — Deux cas d'endothéliome de la voûte du palais.

Wien. med. Wschr., 1921, LXXI, pp. 2047-2050.

FISCHER-WASELS, B. — Métaplasie et malformation tissulaire.

Handb. d. norm. u. path. Physiol., 1927, Berlin, J. Springer, t. 14.

FORMAN et WARREN. — Les tumeurs dites mixtes des glandes salivaires.

Ann. Surg., 1918, t. 67, p. 67.

FONNEGRA. — Des épithéliomes glandulaires enkystés du voile du palais.

Thèse Paris, 1883.

FRASER, A. — Tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Surg. Gynec. a. Obstr., 1918, t. 27, p. 19.

FREY. — Structure et origine des tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Brit. Jour. Surg., oct. 1927.

FRY, R. M. — La structure et l'origine des tumeurs « mixtes » des glandes salivaires.

Brit. Jour. Surg., 1927, t. 15, p. 291.

G

GANDINI, M. — Tumeur mixte du voile du palais.

Arch. ital. di otol., août 1931, t. 42, pp. 338-352.

GAREL, M. I. — Deux cas de tumeurs rares du voile du palais.

Bull. Soc. Méd. Hôp., Lyon, 1903, t. 2, p. 110.

GENZ, F. — Un cas de cylindrome du palais mou.

Acta oto-laryngol., 1938, t. 26, pp. 1-11.

GERNEZ, M. L'électro-chirurgie dans le traitement des tumeurs de la cavité buccale.

Rev. Stomat., avril 1935, t. 37, n° 4, pp. 209-222.

GOLDSMITH, P. G. et IRELAND, P. E. — Tumeurs mixtes du nez et de la gorge.

Ann. Otol. Rhin. a. Laryng., déc. 1936, t. 45, pp. 940-950.

GOURLAY, J. S. — Tumeur mixte salivaire, située sur le palais osseux.

Brit. Med. Journ., 22 août 1936, t. 2, p. 391.

GRIGOULOFF, G. — Considérations sur l'histologie et l'histogénèse des tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Bull. Ass. Franç. Cancer, 1936, t. 25, pp. 496-572, 9 fig.

GUIDA, G. — Sur le traitement chirurgical associé au radium et à la radiothérapie des cylindromes du voile du palais.

Cultura med. mod., 15 août 1929, t. 8, pp. 680-686.

GUILLERMIN, GINESTET et CONDANE. — Un cas de tumeur mixte du palais.

Bull. Soc. Méd. mil. franç., mars 1937, t. 31, n° 3.

GULEKE, N. — Sur la formation tumorale dans les germes parotidiens aberrants.

Arch. f. Klin. Chir., 1906, t. 81, p. 275.

H

HALSTEAD, T. H. — Tumeur mixte du voile du palais.

Laryngoscope, 1906, t. 16, p. 694.

HANSEMAN, D. — Sur l'histogenèse des tumeurs de la parotide.

Ztsch. f. Krebsf., 1910, t. 9, p. 379.

HAUTANT. — A propos de deux cas de cylindrome des fosses nasales et du voile du palais.

Ann. d. Mal. de l'oreille, 1925, p. 1327.

HEINEKE, H. — Les tumeurs des glandes salivaires.

Ergeb. d. Chir. u. Orthop., 1913, t. 6, p. 239.

HEITZ. — Tumeur mixte du voile du palais. Ablation endobuccale.

Lyon Méd., 9 juill. 1933, t. 152, pp. 37-39.

HERK, C. G. van. — Chondrosarcome du palais dur.

57^e *Versamml. d. Niederl. Hals-Nasen-und Ohrenhkl.-Verein.* Leiden, 26-27 mai 1934.

HERXHEIMER. — Tumeur mixte de la parotide.

Beitr. f. path. Anat., 1907, t. 41, p. 397.

HIKI, J. B., AKAZAKI, TAKIZAWA et MEYZAKI. — Recherches expérimentales sur les glandes salivaires.

Trans. jap. path. Soc., 1930, t. 20, p. 130.

HILL, F. T. — Tumeurs mixtes du palais osseux.

Ann. Otol. Rhin. Laryngologie, juin 1938, t. 47, pp. 317-325.

HINGLAIS. — Sur les tumeurs dites « mixtes » des glandes salivaires.

Thèse Lyon, 1904-1905, n° 144.

HINSBERG, V. — Histogenèse et nature des tumeurs des glandes salivaires buccales.

Dtsch. ztsch. f. Chir., 1899, t. 51, p. 281.

- HIRAOKA, R. — Tumeur mixte du palais mou.
154^e séance de la Soc. d'oto-rhino-laryngol. *Fukuoka*,
28 juin 1936.
- HISATOMI, Y. — Un cas d'endothéliome du palais.
Otologia, *Fukuoka*, t. 6, p. 968.
- HOEPEL, W. — Structure et présence des tumeurs des glandes
muqueuses du palais et de la cavité buccale, surtout dans
leurs rapports avec les tumeurs des glandes salivaires dites
mixtes.
Ztschr. f. Hals. Nasen u. Ohrenh., 1936, t. 41, pp. 52-87.
- HOFFMANN, M. — Une tumeur mixte du palais dur.
Arch. f. Klin. Chir., 1889, t. 38, p. 98.
- HOLMGREN, L. — Tumeurs mixtes du voile du palais.
Acta oto-laryng., 1931, t. 16, pp. 286-292.
- HOUZEL. — Pathogénie des tumeurs mixtes du voile du palais.
Arch. Méd. chir. de Province, 1926, XVI, pp. 145-149.
- HOWARTH, W. — Quelques tumeurs et ulcères du palais et des
piliers.
Journ. Laryng. a. Otol., janv. 1937, t. 52, pp. 1-17.

I

- IN, F. — Un cas d'endothéliome du palais.
128^e Sitz. d. Otorhinolaryng. Gesellsch. *Fukuoka*, 26 nov.
1933.
- ITOH, Kozo. — Examen histologique d'un endothéliome sur le
voile du palais.
Zeitsch. Otol. (Tokyo), 1933, t. 39, p. 84.
- IVY, R. H. — Tumeur du voile du palais.
New-York Med. Journ., 1915, t. 101, p. 193 ; *Proc.*
Path. Soc., 1915, t. 17, p. 51.

J

- JANKOWSKI, W. — Tératome de la luette.
Polski Przegl. otol., 1932, t. 8, pp. 238-242, 372.
- JARMAN, T. F. — Tumeur mixte naissant dans le palais.
Brit. Journ. Surg., janv. 1935, t. 22, pp. 626-628.

K

- KAUFMANN, E. — *Traité d'Anatomie pathologique*. Berlin, 1922, t. I, p. 467.
- KITAMURA, T. — Un cas de tumeur mixte du palais mou.
Journ. Chosen Med. Ass. (Abst. Sect.), 20 avril 1937, t. 27, p. 20.
- KOCH, F. — Sur la présence de tumeurs mixtes sur le voile du palais.
Wien. Klin. Wchnschr., 16 juin 1927, t. 40, p. 780.
- KOWLER. — Tumeur du voile du palais, en entier, traitée par l'électrocoagulation (diathermie) ; récurrence.
Bull. d'oto. rhino. laryngol. Paris, 1925, XXIII, p. 191.
- KROMPECHER, E. — Histogenèse et morphologie des tumeurs mixtes de la peau ainsi que des glandes muqueuses et salivaires.
Beitr. z. path. Anat., 1908, t. 44, p. 51.
- Les relations entre l'épithélium et le tissu conjonctif dans les tumeurs mixtes de la peau et des glandes salivaires et sur l'apparition des carcino-sarcomes.
Beitr. z. path. Anat., 1908, t. 44, p. 88.
- KUX, E. — Histogenèse des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires.
Arch. f. path. Anat., 1931, t. 280, p. 175.

L

- LAMSCHIK, W. — Un cas de cylindrome du palais osseux.
Thèse Berlin, 1934, 15 p.
- LANG. — Anatomie pathologique des glandes salivaires.
Handb. d. spez. path. Anatomie ; de Henke et Lubarsch, 1929, t. 5, p. 2.
- LANOS et ALADGEMOFF. — Tumeur mixte du voile du palais.
Ann. d. Mal. Oreilles, 1927, t. 36, p. 521.
- LARABIE de. — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires de la muqueuse buccale.
Arch. génér. Méd., 1890, t. I, pp. 537-577 ; t. II, p. 34.

- LAYERA, J. et OROSCO, G. — Tumeur mixte du voile du palais.
Prensa med. argent., 30 déc. 1928, t. 15, pp. 890-898.
- LEMAÎTRE, F., ARDOIN, G. et LEMAÎTRE, Y. — Considérations sur les cylindromes.
Collegium O. R. L. Budapesth, 1^{er}-4 sept. 1935.
- LEMAÎTRE, Y. — Etude anatomo-clinique des tumeurs dites cylindromes.
Thèse Paris, 1936, 190 p.
- LEROUX, R. — A propos de l'histogenèse du cylindrome.
Bull. du Cancer, 1920, t. IX, p. 107.
- LEROUX, R. et LEROUX-ROBERT, J. — Les tumeurs dites mixtes des glandes salivaires et des autres formations glandulaires cervico-faciales.
Ann. d'Oto-Laryngol., 1936, n° 2, p. 113.
- Essai de classification architecturale des tumeurs des glandes salivaires.
Bull. Assoc. Franç. Cancer, 1934, t. 23, pp. 304-340, 24 fig.
- LEROUX, R., LEROUX-ROBERT, J. et DILLANGE, P. — Etude analytique des éléments constitutifs des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires.
Bull. Assoc. Franç. Cancer, 1933, t. 22, pp. 490-505.
- LEROUX-ROBERT. — La conception histologique actuelle des tumeurs mixtes de la cavité buccale.
Revue de Stomat., avril 1928, t. XI, p. 231.
- LETO, L. — Tumeur mixte du palais.
Arch. ital. d. Laryngol., 1905, t. 26, p. 112.
- L'HIRONDEL et LEROUX-ROBERT, J. — Tumeur mixte de la voûte palatine à caractères histologiques particuliers. Forme cylindromateuse à évolution épidermoïde complète.
Rev. de Stomat., avril 1938, t. 40, pp. 226-230.
- LOOSER, E. — Sur les tumeurs endothéliales de la région céphalique, particulièrement du voile.
Beitr. z. Klin. Chir., 1906, t. 52, p. 261.
- LORENZO, A. di. — Tumeur mixte du palais.
An. de oto-rhino-laring. d. Uruguay, 1934, t. 4, pp. 25-30.
- LÖWENSTEIN, C. — Sur les proliférations épithéliales et des tu-

meurs des glandes salivaires, particulièrement de la parotide.

Frankf. Ztsch. f. Pathol., 1910, t. 4, p. 187.

M

MAC FARLAND, J. — 90 tumeurs de la région parotidienne avec leurs suites opératoires éloignées.

Am. Journ. Med. Sc., déc. 1926, t. 172, p. 804.

MACKENZIE, D. — Endothéliome du voile du palais. Ablation par la diathermie cinq ans auparavant.

Proc. Roy. Soc. Med. (Sect. laryng.), 1933, t. 26.

MALAN, A. — Des tumeurs palatines intramurales.

Arch. ital. di laring. (supp.), 1932, t. 51, pp. 11-40.

MARCHAND. — Sur les dénommés endothéliomes des glandes salivaires et sur la formation épithéliale du mésenchyme.

Verh. d. Ges. dtsch. Naturf. u. Arzte, 1910, t. 82, p. 17.

MARSDEN, R. W. — Tumeur particulière du palais.

Med. Chron. Manchester, 1910-1911, t. 52, p. 1.

MASSABUAU et FORGUES. — La structure histologique et l'origine embryonnaire des tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Rev. de Chir., 1907, t. XXVI, pp. 389-431.

MASSON. — Tumeurs.

Paris, 1922.

— Tumeurs des glandes annexes de la face et du cou.

Atlas du Cancer, 3^e et 4^e fascicules.

MASSON et PEYRON. — Tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Bull. Assoc. franç. pour l'étude du Cancer, 1914, p. 219.

MAUCLAIRE et DURRIEUX. — Tumeur mixte du voile du palais.

Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris, 1897, t. 72, p. 609.

MATHYS, A. — Contribution casuistique à l'étude des tumeurs du voile du palais.

Bull. Soc. Belge d'otol. rhinol. laryng., 1938, pp. 83-87.

MAYER, O. — Tumeur mixte du voile du palais. Résection, réfection plastique, guérison.

Wien. Laryngo. Rhinol. Gesellschaft, 2 avril 1935.

MÉNÉTRIER, P. et PEYRON, A. — Quelques considérations sur

l'histogénèse et l'origine des tumeurs para-buccales dites mixtes.

Bull. Assoc. franç. Cancer, 1932, t. II, pp. 503-532.

MENZEL. — Chondroendothéliome du voile du palais. Extirpation. Guérison.

Monatschr. f. Ohrenh., 1922, LVI, p. 861.

MIEHL, K. — Contribution à l'étude des tumeurs des glandes salivaires.

Arch. f. Klin. Chir., 1926, t. 140, 9 fig., pp. 172-180.

MIYAGI, G. — Un cas d'endothéliome du voile du palais.

Zentr. f. Hals, 1930, t. XV, p. 772.

MOREAU, L. — Sur une volumineuse tumeur mixte vélo-palatine.

Lyon Chirurg., 1920, XVII, pp. 721-730.

MORESTIN, M. — Tumeur de la voûte palatine.

Soc. Anat. Paris, 1904, t. 84, p. 744.

MORONE, G. — Sur les tumeurs dites mixtes du palais.

Policlin., 1915, t. 22, pp. 448, 500, 544, 587.

MOULONGUET, P. et PEYNET. — Des tumeurs mixtes de la face.

Ann. d'Anat. Path., déc. 1927, p. 957.

N

NASSE, D. — Les tumeurs des glandes salivaires et tumeurs analogues de la tête.

Arch. Klin. Chir., 1892, t. 44, p. 233.

NAVRATIL, F. — Cylindrome du voile du palais.

Casop. lek. cesk., 28 mars 1927, t. 66, pp. 534-535.

NÉGRIÉ. — Sur un cas de tumeur mixte de la voûte palatine.

Paris méd., 1921, t. XXXIX, pp. 496-499.

NESPOULOS, J. — Des tumeurs dites « mixtes » des glandes salivaires de la muqueuse palatine.

Thèse Paris, 1938, 44 p.

NEW, G. B. — Tumeurs mixtes de la gorge, de la bouche et de la face.

Journ. Am. Med. Ass., 11 sept. 1920, t. 75, p. 732.

NEW, G. B. et CHILDREY, J. H. — Tumeurs de l'amygdale et du pharynx (357 cas). II. Adénocarcinomes du type de tumeur mixte (74 cas).

Arch. Otolaryng., déc. 1931, t. 14, p. 609.

NORRENBROCK. — L'histogenèse des tumeurs mixtes de la parotide.

Leipzig, 1931.

O

OMBRÉDANNE, M. — Deux cas « de tumeur mixte » du voile du palais opéré.

Ann. d'oto-laryng., mai 1936, n° 5, pp. 486-492.

OTT. — Etude des tumeurs mixtes du voile du palais.

Thèse Paris, 1880.

P

PADGETT, E. G. — Maladies chirurgicales de la cavité buccale et des maxillaires.

Philadelphie, 1938, *Saunders*, 807 pp., 334 fig.

PAGET. — Tumeurs du palais.

St-Bartholomew's Hosp., t. XXII, p. 315.

PATEY, D. H. — Les tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Brit. Jour. Surg., oct. 1930, t. 18, pp. 241-258 ; 21.

PELLEGRINI, E. — Endothéliomes du palais et tumeurs mixtes.

Valsalva, juin 1932, t. 8, pp. 454-462.

PEROCHAUD, J. — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Thèse Paris, 1885.

PIAZZA-MISSORICI, A. — Quatre cas rares d'endothéliome du palais guéris par l'auto-vaccinothérapie Citelli. Contribution à l'étude de l'histo-pathogenèse et au traitement des tumeurs endothéliales.

Oto-rhino-laryngol. ital., août 1930, t. I, pp. 37-52.

PITANCE. — Etude sur les tumeurs mixtes du voile du palais.

Thèse Paris, 1897.

PUENTE DUANY, P. — Quelques notes sur les tumeurs mixtes du voile du palais.

Bol. Liga contra el cancer, 1^{er} déc. 1930, t. 5, pp. 353-361.

Q

QUICK, D. — Relation sur le radium du Memorial Hospital.

New-York P. B. Hoeber, 1923, p. 93.

R

RAACH. — Trois cas de tumeurs de la région palatine.

Ann. de mal. de l'oreille, 1912, t. 38, p. 223.

REBATTU et MAYOUX. — Tumeur palatine (cylindrome).

Lyon Méd., 1924, CXXXIV, p. 703.

REBOUL, J. — Tumeur mixte des glandules de la muqueuse palatine.

Marseille méd., 1892, t. 29, p. 62.

REIN, C. R. et FELDMAN, M. H. — Tumeur mixte du palais. Relation d'un cas.

Journ. Am. Dent. Ass., juillet 1936, t. 23, pp. 1310-1312.

RHOADS, J. E. et MECRAY, P. M. jr. — Récidives des tumeurs mixtes du palais mou.

Am. Journ. Med. Sc., mars 1937, t. 193, pp. 389-393.

RITCHIE, J. — Tumeur du palais ayant la structure d'une tumeur parotidienne mixte.

Journ. Pathol. a. Bacteriol., 1919-1920, XXIII, p. 504.

ROBINSON, H. B. — Tumeur épithéliale du voile du palais.

Tr. Path. Soc. Lond., 1890, t. 41, p. 83.

ROMAN, R. — Cas de tumeur mixte de la parotide du voile du palais.

Hygiea Stockholm, 1922, LXXXIV, pp. 350-354.

ROUSSY G., LEROUX, R. et OBERLING, C. — Précis d'Anatomie pathologique. Paris, 1933. Masson, t. II, pp. 1161-1166.

ROY, J. N. — Prothèse palatine de soutien consécutive à l'ablation des tumeurs bénignes du palais.

Gaz. Méd. de France, 1^{er} juin 1937, t. 44, pp. 521-522 ;
Ann. d'oto-laryngol., juin 1937, pp. 486-489 ; *Journal*
Laryngol. a. Otol., 1937, t. 52, pp. 435-437.

S

SABUSSOW, G. — Des altérations histologiques dans la parotide
après ligature du canal de Sténon.

Ztsch. exper. Med, 1928, t. 1, f. 3, p. 107.

SASAKI, H. — Un cas rare de tumeur mixte du voile du palais.

1^o *Oto-rhino-laryngol.*, oct. 1936, t. 9, pp. 936-941 ;

2^o *Otologia* (Tokio), 1936, t. 9, pp. 936-941.

SCHILLING, F. — Recherches sur les tumeurs de la parotide.

Beitr. z. path. Anat., 1922, t. 68, p. 139.

SCHREINER, B. F. et MATTICK, M. L. — Tumeur des glandes salivaires basées sur une étude de 66 cas.

Am. Journ. Roentgen, juin 1929, t. 21, p. 54.

SCHURMANN, PFLUGER et NORRENBROCK. — Histogenèse des tumeurs mixtes ectomésodermiques de la cavité buccale.

Leipzig, 1931.

SIEGMUND, H. et WEBER, R. — Histologie pathologique de la cavité buccale.

Leipzig, 1926, S. Hirzel, 1 vol., 330 pp., 211 fig.

SONNTAG, H. — Cylindrome du palais.

Thèse Bonn, 1936, 29 p.

SOUBIRON, N. von et BIANCHI, A. — Tumeur mixte du voile du palais.

Rev. de especialid., nov. 1930, t. 5, pp. 1891-1897.

SOUCHET, J. A. — Tumeur mixte dysembryoplastique du voile en voie de dégénérescence maligne traitée et guérie depuis vingt mois par traitement radiumthérapique après un échec du traitement chirurgical.

Ann. Méd. Oreille Larynx, janv. 1936, t. 45, p. 119.

SPEESE, J. — Tumeurs des glandes salivaires.

Univ. Penn. Med. Bull., 1908-1909, t. 21, p. 329.

STELLA (de). — Cylindromes en oto-rhino-laryngologie.

Bull. Soc. Belge d'Otologie, 1923, n^o 4.

- STICH, R. — Sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires du palais.
Zentr. f. Chir., 3 avril 1937, t. 64, pp. 770-771.
- STOBIE, H. — Tumeur salivaire mixte du palais.
Proc. Roy. Soc. Med., avril 1935, t. 28, pp. 739-742.
- STURGIS, M. G. — Tumeurs à cellules mixtes du voile du palais.
Surg. Gynec. a. Obstr., 1914, t. 18, p. 460.
- SUCHANEK. — Endothéliome récidivant de la voûte palatine.
Opération radicale par la voie buccale. Guérison.
Monatsch. f. Ohrenh., 1923, LVII, p. 145.
- SWYNGHEDAUW. — Tumeur mixte du voile du palais.
Echo Med. du Nord, 1912, t. 16, p. 102.
- SZMURLO, J. — Recherches cliniques et structure histologique des cylindromes.
Ztsch. f. Hals. Ohren. u. Nasen-Heilk., 1937, t. 40, pp. 440-443, 453-458.

T

- TANEMURA, T. et TOYODA, B. — Sur un cas de tumeur mixte (chondromyxoendothéliome) du palais mou et examen statistique sur les cas publiés de la littérature japonaise sur l'endothéliome du palais.
Ztsch. Otol. (Tokio), 1935, t. 41, pp. 29-30.
- Tumeur mixte du palais mou (endothéliome chondromyxomateux).
Otologia Fukuoka, 1934, t. 7, p. 47.
- THIBAudeau, A. A. et BURKE, E. M. — Etude histologique des tumeurs des glandes salivaires.
Journ. Cancer Research., août 1930, t. 14, p. 440.
- THRANE. — Cylindrome dans le pharynx et le voile du palais.
Soc. Roum. d'Oto-rhino-laryng., 2 mai 1923.

V

- VERHOEFF, F. H. — Les tumeurs mixtes des glandes lacrymales et salivaires.
Journ. Med. Research., 1904-1905, t. 13, p. 31.

VIDAU, G. — Tumeur intrapariétale du voile du palais avec une structure en prédominance cylindrique.

31^e Congresso d. soc. Ital. di Laryngol. Otol. e. Rinol.
Bologna, 20-22 oct. 1935.

VOLKMANN, R. — Sur les tumeurs endothéliales.

Dtsch. Ztsch. f. Chir., 1895, t. 41, p. 1.

VOYER. — Tumeurs des glandes salivaires.

Thèse Paris, 1889.

W

WAKELEY, C. — Tumeurs des glandes salivaires.

Sug. Gyn. a. Obst. 1929, t, 48, n^o 5, p. 635.

WERESCHTSCHINSKI, A. O. — Tumeurs du palais.

Now. Chir. Arch., 1932, t. 101, p. 2.

VAN DER WILDENBERG. — Anomalies congénitales dans le domaine d'oto-rhino-laryngologie.

Bull. Soc. belge d'oto-rhino-laryngologie, 1937, pp. 282-297.

WILLIAMS, G. — Tumeur salivaire mixte de la voûte du palais.

Brit. Med. Journ., 29 août 1936, t. 2, p. 426.

WILSON et WILLIS. — Les tumeurs dites mixtes des glandes salivaires.

Ann. Journ. Med. Sc., 1912, t. 143, p. 656.

WITTE, W. — Les tumeurs mixtes du palais.

Thèse Berlin, 1935, 16 p.

WOOD, F. C. — Tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Ann. Surg., 1904, t. 39, p. 57.

WORMS. — Tumeur du palais.

Arch. internat. d. Laryngol., 1925, t. 4, p. 701.

WILMS. — Les tumeurs mixtes, Leipzig, 1902, pp. 3, 207, 209.

Y

YATES, E. C. — Aspects cliniques des tumeurs de la mâchoire et du palais.

Kentucky Med. Journ., août 1932, t. 30, pp. 440-444.

Z

ZYMBAL, W. — Sur les altérations de l'épithélium de la parotide dans les transplantations.

Arch. exper. Zellforsch., 1932, t. 12, p. 177.

— Recherches histologiques et expérimentales sur les tumeurs des glandes salivaires.

Beitr. z. path. Anat., 1933, t. 91, pp. 113-175, 31 fig.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	1
Définition.....	4
Historique.....	7
Etiologie.....	9
Anatomie pathologique.....	12
Pathogénie.....	23
I. Théorie endothéliale.....	23
II. Théories embryonnaires.....	25
III. Théorie épithéliale.....	28
Clinique.....	34
I. Troubles fonctionnels.....	35
II. Examen.....	36
III. Formes cliniques.....	38
Evolution et pronostic.....	41
Diagnostic.....	44
Traitement.....	49
Traitement chirurgical.....	49
Contre-indications du traitement chirurgical.....	50
Agents physiques.....	51
Association de la chirurgie et des agents physiques.....	53
Conclusions.....	107
Bibliographie.....	109

